

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

2025년 보장 약물 목록 (포뮬러리)

주요 사항: 이 문서에는 본 플랜에서 보장하는 약물에 대한 정보가 포함되어 있습니다

이 약물 목록은 10/17/2025에 업데이트 되었습니다.

최신 정보나 기타 질문이 있으시면 **1-877-412-2734 TTY (711)** 번으로 주 7일 24시간 연락하거나 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan | 2025년 보장 약물 목록 (포뮬레리)

서문

이 문서는 보장 약물 목록(약물 목록이라고도 함)이라고 합니다. 여기에는 CalOptima Health OneCare Complete에서 보장하는 처방약이 무엇인지 알려드립니다. 약물 목록은 또한 CalOptima Health OneCare Complete에서 보장되는 약물에 특별 규칙이나 제한 사항이 있는지 알려줍니다. 주요 용어와 정의는 회원 안내서의 마지막 장에 나와 있습니다.

차례

A. 면책 조항	4
B. 자주 묻는 질문(FAQ)	11
B1. 보장 약 목록에는 어떤 처방약들이 있습니까? (보장 약 목록을 줄여서 “약물 목록”이라고 합니다.)	11
B2. 약물 목록은 변경됩니까?	12
B3. 약물 목록이 변경되면 어떻게 됩니까?	12
B4. 약물 보장을 위한 제한 또는 한도 또는 특정 약물을 받기 위해 취해야 할 조치가 있습니까?	14
B5. 내가 원하는 약에 제한이 있는지 또는 약을 얻기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?	14
B6. CalOptima Health OneCare Complete에서 일부 약물을 보장하는 방법에 대한 규칙(예: 사전 승인, 수량 한도 및/또는 단계 요법 제한)을 변경하면 어떻게 됩니까?	14
B7. 약물 목록에서 약을 어떻게 찾을 수 있습니까?	15
B8. 복용하려는 약이 약물 목록에 없다면 어떻게 합니까?	15
B9. CalOptima Health OneCare Complete의 신규 회원으로서 약물 목록에서 약을 찾을 수 없거나 약을 조제받는데 어려움이 있으면 어떻게 합니까?	15
B10. 약을 보장하도록 예외를 요청할 수 있습니까?	17
B11. 예외 신청은 어떻게 할 수 있습니까?	17
B12. 예외 적용을 받기까지 얼마나 걸립니까?	17

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.



B13. 일반 약물은 무엇입니까?	18
B14. 오리지널 생물학적 제품이란 무엇이고 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?	18
B15. OTC 약이란 무엇입니까?	18
B16. CalOptima Health OneCare Complete 는 비약물 OTC 제품을 보장합니까?	18
B17. CalOptima Health OneCare Complete 는 장기 처방 물품을 보장합니까?	19
B18. 가까운 약국에서 집으로 처방 약을 배달 받을 수 있습니까?	19
B19. 나의 부담금은 얼마입니까?	19
C. 보장 약 목록 개요	20
C1. 의료 증상별 약물 목록	21
D. 보장 약물 색인	I-1

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.



A. 면책조항

이것은 CalOptima Health OneCare Complete에서 회원에게 보장되는 약물 목록입니다.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal Plan은 Medicare 및 Medi-Cal과 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare Complete에 가입은 계약 갱신 여부에 달렸습니다. CalOptima Health OneCare는 적용 대상이 되는 연방 시민권법들을 준수하며, 인종, 피부색, 출신국, 연령, 장애 혹은 성별을 기준으로 차별하지 않습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7일 24시간 전화하십시오. www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

- ❖ CalOptima Health OneCare Complete의 최신 보장 약물 목록을 항상 www.caloptima.org/OneCare에서 온라인으로 확인하거나 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 전화하여 확인할 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
- ❖ 이 문서는 대형 인쇄, 점자 또는 오디오와 같은 다른 형식으로 무료로 받을 수 있습니다. 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

언어 지원 서비스 및 보조 도구 및 서비스 가능성 공지서

English

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

العربية (Arabic)

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

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7일, 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.



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:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាការសា របស់អ្នក ស្ម័គ្រ ទូរស័ព្ទទៅលេខ
1-877-412-2734

(TTY 711) ឬ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ
ដួចជាគកសារសរស់ជាមក្ស្យាចុល សម្រាប់ជនពិការត្រូក
ប្រើកសារសរស់ជាមក្ស្យាពុម្ពចំ កំអាជារកបានដាក់ដោយ
ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ឬ
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគីឡូមីយ។

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。

فارسی (Farsi)

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 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.

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કોલ કરો: **1-877-412-2734**

(TTY 711). વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ, જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો: **1-877-412-2734 (TTY 711)**. આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

हिंदी (Hindi)

ध્યાન દें: અगर આપકો અપની ભાષા મें સહાયતा की આવશ્યકતा है तो **1-877-412-2734 (TTY 711)** पर કॉल કरें। અશક્તતा વाले લोगों के लिए સહાયતा और સेवाएं, जैसे ब्रेल और બड़े प्रिंट में भी દस્તાવેજ ઉપलब्ध हैं। **1-877-412-2734 (TTY 711)** पर કॉल કरें। ये સेवाएं 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

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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.

ພາສາວາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມສ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-412-2734 (TTY 711).

ຍັງມີຄວາມສ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຊື່ອນອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນຸ່ມແລະມີໂຕຜົມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-412-2734 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼື່ອນີ້ບໍ່ຕ້ອງແລຍຄ່າໃຊ້ລ່າຍໄດ້.

Mien

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

Português (Portuguese)

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Serviços e auxílio para pessoas com

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.



incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Esses serviços são gratuitos.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

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

Română (Romanian)

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la 1-877-412-2734 (TTY 711). Sunt disponibile, de asemenea, ajutorare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la 1-877-412-2734 (TTY 711). Aceste servicii sunt gratuite.

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.

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.



Español (Spanish)

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

Tagalog (Filipino)

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

ภาษาไทย (Thai)

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

Türkçe (Turkish)

DIKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa 1-877-412-2734 (TTY 711) numaralı telefonu arayın. Braille alfabesi ve büyük harflerle yazılmış belgeler gibi engellilere yönelik yardım ve

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.



hizmetler de mevcuttur. Call: 1-877-412-2734 (TTY 711). Bu hizmetler ücretsizdir.

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.

(Urdu)

توجه: اگر آپکو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے تو کال کریں **1-877-412-2734 (TTY 711)**. معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال **1-877-412-2734 (TTY 711)**۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

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

- ❖ 이 문서는 아랍어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 스페인어 및 월남어로 무료로 제공됩니다.
- ❖ 기타 언어 및/또는 대체 형식으로 자료를 얻기 위한 영구 요청을 할 수 있습니다:

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.



- 기타 언어는 스페인어, 월남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 또는 아랍어로 가능합니다.
- 대안 형식은 큰 활자, 점자, 데이터 CD 또는 오디오 등이 있습니다.
- 귀하의 영구 요청은 향후 모든 우편물 또는 의사소통을 위해 저희 시스템에 보관됩니다. 귀하의 영구 요청을 취소 또는 변경하려면, 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)으로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

B. 자주 묻는 질문 (FAQ)

보장 약물 목록에 대한 질문에 대한 답변을 여기에서 찾으십시오. 모든 FAQ 를 읽어 자세히 알아보거나 질문과 답변을 찾아볼 수 있습니다.

B1. 보장 약물 목록에는 어떤 처방약들이 있습니까? (보장 약물 목록을 줄여서 "약물 목록"이라고 합니다.)

섹션 C1에서 시작하는 보장 약물 목록의 약물은 CalOptima Health OneCare Complete에서 보장되는 약물입니다. 약은 저희 네트워크 내의 약국에서 구입할 수 있습니다. 약국은 저희와 협력하고 귀하에게 서비스를 제공하기로 계약한 경우 저희 네트워크에 포함됩니다. 이러한 약국들을 "플랜 약국"라고도 합니다.

오버 더 카운터(처방전 없이 구입 가능한 약, over-the-counter, OTC) 와 같은 기타 약물 및 특정 비타민 등 약물은 Medi-Cal Rx에서 보장 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또한 1- 800-977-2273 번을 이용해 Medi-Cal Rx 고객 서비스로 전화하실 수 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC)를 지참하십시오.

- CalOptima Health OneCare Complete는 다음과 같은 경우 약물 목록에 있는 의학적으로 필요한 모든 의약물을 보장합니다:
 - 귀하의 의사나 다른 처방자는 나아지거나 건강을 유지하기 위해 필요하다고 하는 경우,
 - CalOptima Health OneCare Complete는 해당 약이 귀하에게 의학적으로 필요하다는 데 동의하며 **또한**
 - 처방약은 CalOptima Health OneCare Complete 네트워크 약국에서 구입합니다.
- 어떤 경우에는 약을 받기 전에 조치를 취해야 합니다. 자세한 내용은 질문 B4를 참조하십시오.

저희가 보장하는 최신 약물 목록은 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare에서 확인하시거나 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7 일 24 시간 전화하실 수도 있습니다.

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

B2. 약물 목록은 변경됩니까?

예, 변경할 때 CalOptima Health OneCare Complete 는 Medicare 및 Medi-Cal 규칙을 따라야 합니다. 저희는 연중 약물 목록에 약물을 추가하거나 삭제할 수 있습니다.

또한 저희는 약물에 대한 규칙을 변경할 수도 있습니다. 예를 들면, 다음과 같이 할 수 있습니다:

- 약물에 대한 사전 승인을 요구할지 여부를 결정합니다. 약물에 대한 사전 승인을 요구하거나 요구하지 않기로 결정할 수 있습니다.
- 받을 수 있는 약의 양을 추가하거나 변경합니다(수량 제한이라고 함).
- 약물에 대한 단계 요법 제한을 추가하거나 변경합니다. (단계 요법이란 다른 약을 보장하기 전에 한 가지 약을 시도해야 하는 것을 의미함.)

약물 규정에 대한 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

연초에 보장된 약을 복용하는 경우, 다음과 같은 경우를 제외하고, 일반적으로 그 해의 남은 기간 동안은 해당 약물을 삭제하거나 변경하지 않습니다:

- 현재 약물 목록에 있는 약만큼 효과적이면서도 저렴한 신약이 시장에 출시된 경우, 또는
- 약물이 안전하지 않다는 것을 알게 된 경우, 또는
- 약물이 시장에서 제거된 경우.

아래의 질문 B3 및 B6 에는 약물 목록이 변경되면 어떻게 되는지에 대한 자세한 정보가 있습니다.

- www.caloptima.org/OneCares 에서 CalOptima Health OneCare Complete 의 최신 약물 목록을 온라인으로 언제든 확인할 수 있습니다.
- 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)번으로 주 7 일 24 시간 전화하여 최신 약물 목록을 확인할 수도 있습니다.

B3. 약물 목록이 변경되면 어떻게 됩니까?

약물 목록에 대한 일부 변경은 즉시 일어납니다. 예를 들어:

- **새로운 일반 의약물이 출시됩니다.** 때로는 새로운 일반 약물이 현재 약물 목록에 있는 브랜드 약물과 마찬가지로 효과가 있습니다. 이런 경우 브랜드 약을 제거하고 새 일반 약물을 추가할 수 있지만 새 약물에 대한 비용은 \$0 로 유지됩니다. 새로운 일반 약물을 추가할 때 브랜드 약물을 목록에 유지하기로 결정할 수도 있지만 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.
 - 이 변경 사항을 적용하기 전에는 귀하에게 알리지 않을 수 있지만 변경 사항이 발생하면 구체적인 변경 사항에 대한 정보를 보내드립니다.

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.



- 저희가 추가하는 약물은 다음과 같은 경우에만 이러한 변경을 할 수 있습니다:
 - 브랜드 약물의 새 일반 약물인 경우 또는
 - 약물 목록에 있는 원래 생물학적 제품의 특정 새로운 바이오시밀러 버전(예: 새로운 처방 없이 원래 생물학적 제품을 대체할 수 있는 상호 교환 가능한 바이오시밀러 추가).
 - 이러한 약물 유형 중 일부는 새로울 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 B14를 참조하십시오.
- 귀하 또는 귀하의 의료 제공자는 이러한 변경 사항에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 예외 요청을 위한 단계적 방법에 대한 통지서를 귀하에게 보내드립니다. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하십시오.
- **약물이 시장에서 제거된 경우.** Food and Drug Administration (FDA, 식약청)에서 귀하가 복용하고 있는 약이 안전하지 않거나 효과적이지 않거나 약 제조업체가 약을 시장에서 제거시키는 경우, 저희는 그 약을 약물 목록에서 즉시 제거할 수도 있습니다. 귀하가 그 약을 복용하고 있다면, 저희가 변경을 한 후 귀하께 공지서를 보내드릴 것입니다.
- 귀하는 의사나 다른 처방자와 협력하여 귀하의 상태에 적합한 다른 약물을 찾을 수 있습니다. 다른 약을 찾는 데 도움이 필요하면 의사나 다른 처방자에게 문의하십시오.
- CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7일 24시간 전화하여 도움을 요청할 수도 있습니다.

저희는 귀하가 복용하는 약에 영향을 미치는 다른 사항을 변경할 수도 있습니다. 약물 목록에 대한 이러한 기타 변경이 있으면 사전에 알려 드릴 것입니다. 다음과 같은 경우 변화가 발생할 수 있습니다:

- FDA가 새로운 지침을 제공하거나, 약물에 대한 새로운 임상 지침이 있을 경우.
- 저희가 현재 약물 목록에 있는 브랜드 약품을 교체하고 일반 약품을 추가하는 경우 또는
- 현재 약물 목록에 있는 원래 생물학적 제품을 대체하기 위해 새로운 바이오시밀러를 추가하는 경우 또는
- 저희가 브랜드 약물에 대한 보장 규칙이나 한도를 변경합니다

이러한 변경이 발생하면 저희는 다음을 실행할 것입니다:

- 약물 목록을 변경하기 최소 30일 전에 귀하에게 알리거나 또는
- 제조제를 요청한 후 귀하에게 알리고 30일 분량의 약을 제공함.

이것은 의사 또는 기타 처방자와 상담할 시간이 주어집니다. 그들은 다음 결정을 하는데 도와 드릴 수 있습니다:

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.



- 약물 목록에 대신 복용할 수 있는 약물이 있는지 또는
- 이 변경으로 인해 예외를 요청할지 여부. 예외에 대한 자세한 정보를 위해 질문 B10-B12 을 참조.

B4. 약물 보장을 위한 제한 또는 한도 또는 특정 약물을 받기 위해 취해야 할 조치가 있습니까?

예, 일부 약에는 보장 규칙이 있거나 받을 수 있는 양에 제한이 있습니다. 어떤 경우에는 귀하, 귀하의 의사 또는 다른 처방자가 약을 받기 전에 취해야 할 조치가 있습니다. 예를 들어:

- **사전승인:** 일부 약들은 처방약을 조제받기 전에 회원, 의사 또는 다른 처방자가 CalOptima Health OneCare Complete 의 승인을 먼저 받아야 할 수 있습니다. 사전승인은 의뢰와 다릅니다. 사전 승인을 받지 않으면 CalOptima Health OneCare Complete 에서 약을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **수량 제한:** 때로는 CalOptima Health OneCare Complete 에서 귀하가 받을 수 있는 약의 양을 제한합니다.
- **단계 요법:** 때로는 CalOptima Health OneCare Complete 에서 단계 요법을 요구할 수 있습니다. 이것은 귀하의 의학적 증상을 위해 특정 순서로 약물을 시도해야 하는 것을 의미합니다. 다른 약을 보장하기 전에 한 가지 약을 먼저 시도해야 할 수 있습니다. 담당 의사가 첫 번째 약이 귀하에게 효과가 없다고 생각하면 두 번째 약을 보장해 드립니다.

섹션 C1 의 표를 보면 약에 추가 요구 사항이나 제한 사항이 있는지 확인할 수 있습니다. 자세한 정보를 위해 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오. 사전 승인 및 단계 요법 제한 사항을 설명하는 온라인 문서를 올렸습니다. 저희에게 사본을 요청할 수도 있습니다.

이러한 제한에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 이것은 의사 또는 기타 처방자와 상담할 시간을 줍니다. 그들은 약물 목록에 대신 복용할 수 있는 유사한 약물이 있는지 또는 예외를 요청할 것인지 여부를 결정을 하는데 도와 드릴 수 있습니다. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

B5. 내가 원하는 약에 제한이 있는지 또는 약을 얻기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?

의학적 증상에 따른 약물 목록의 표에는 "필요한 조치, 제한 또는 사용 제한"이라는 레이블이 붙은 열이 있습니다.

B6. CalOptima Health OneCare Complete 가 일부 약물을 보장하는 방법에 대한 규칙(예: 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계 요법 제한)을 변경하면 어떻게 됩니까?

경우에 따라 약물에 대한 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계 요청 제한을 추가하거나 변경하는 경우 사전에 알려드립니다. 이 사전 통지 및 약물 목록에 있는 약물에 대한 저희 규정이 변경될 때 사전에 알려드릴 수 없는 상황에 대한 자세한 내용은 질문 B3 을 참조하십시오.

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

B7. 약물 목록에서 약물을 어떻게 찾을 수 있습니까?

약물을 찾는 두 가지 방법이 있습니다:

- 알파벳 순서로 검색 가능 **또는**
- 의료 증상으로 검색 가능

알파벳 순으로 검색하려면 보장 의약물 색인 섹션에서 귀하의 의약물을 찾으십시오. I-1 페이지부터 찾을 수 있습니다. 색인은 이 문서에 포함된 모든 약물의 알파벳 순 목록을 제공합니다. 브랜드 의약물과 일반 의약물 모두 색인에 포함되어 있습니다. 색인을 보고 약을 찾으십시오. 약 옆에 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호가 표시되어 있습니다. 색인에 나열된 페이지로 이동하여 목록의 첫 번째 열에서 약 이름을 찾으십시오.

의료 증상으로 검색하려면 21 페이지에서 "의료 증상별 약물 목록" 섹션을 찾으십시오. 이 섹션의 약물은 의료 증상 치료에 사용되는 유형에 따라 범주로 분류됩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 심혈관 제제 범주를 찾아봐야 합니다. 그곳에서 심장 상태를 치료하는 약을 찾을 수 있습니다.

B8. 복용하려는 약이 약물 목록에 없다면 어떻게 합니까?

찾는 약이 **약물 목록**에 없을 경우, 고객 서비스부에 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 번으로 주 7 일 24 시간 연락하여 그것에 대해 문의하십시오. CalOptima Health OneCare Complete에서 약을 보장하지 않는다는 것을 알게 된 경우, 다음 중 하나의 방법을 취하실 수 있습니다:

- 고객 서비스부에 귀하가 복용하고자 하는 것과 같은 약들의 목록에 대해 문의하십시오. 그런 후, 귀하의 의사나 다른 처방자에게 목록을 보여주십시오. 그들은 귀하가 복용하길 원하는 약과 같은 것으로서 **약물 목록**에 있는 약을 처방할 수 있습니다. **또는**
- 약 보장을 위해 CalOptima Health OneCare Complete에 보장 규칙에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하십시오.

B9. CalOptima Health OneCare Complete의 신규 회원으로서, 약물 목록에서 약을 찾을 수 없거나 약을 조제받는 데 어려움이 있으면 어떻게 합니까?

저희가 도와 드릴 수 있습니다. CalOptima Health OneCare Complete에 가입한 후 처음 90 일 동안은 귀하의 약물에 대한 임시 30 일 분을 보장해 드릴 수 있습니다. 이것은 의사 또는 기타 처방자와 상담할 시간을 줍니다. 그들은 **약물 목록**에 대신 복용할 수 있는 유사한 약물이 있는지 또는 예외를 요청할 것인지 여부를 결정을 하는데 도와 드릴 수 있습니다.

처방전에 적힌 투약 일수가 그보다 짧으면, 저희는 최대 30 일분까지 약물을 제공하도록 여러 차례 조제를 허용할 것입니다.

다음 중 어느 한 경우에 해당되면 30 일치의 약을 보장해 드립니다

- **약물 목록**에 없는 약물을 복용하고 있는 경우 **또는**

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.



- 저희 플랜 규칙으로 인해 처방자가 지시한 양을 받을 수 없는 경우 **또는**
- 약에 CalOptima Health OneCare Complete 의 사전 승인이 필요한 경우 **또는**
- 단계 요법 제한 일부인 약을 복용하고 있는 경우

CalOptima Health OneCare Complete 에서 파트 D 약으로 간주하지 않는 약을 복용하고 있고, **약물 목록**에 없고, 약물을 구하는 데 문제가 있는 경우, Medi-Cal Rx 를 통해 보장될 수 있습니다. 파트 D 제외 약물에 예외가 필요하고 응급 상황이 발생한 경우, Medi-Cal Rx 는 최소 72 시간 분량의 약물 공급을 허용합니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또한 1- 800-977-2273 번을 이용해 Medi-Cal Rx 고객 서비스로 전화하실 수 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 식별 카드 (BIC)를 지참하십시오.

요양원 또는 기타 장기요양시설에서 거주하고 계시고, 약 목록에 없는 약이 필요하거나 필요한 약을 쉽게 구할 수 없다면, 저희가 도와드릴 수 있습니다. 플랜에 90 일 이상 가입되어 있었고, 장기요양 시설에서 거주하며, 즉시 공급이 필요한 경우:

- CalOptima Health OneCare Complete 신규 회원인지 여부에 관계없이, 필요한 약의 31 일(더 짧은 일수의 처방전을 갖고 있는 경우 제외) 분량을 한번 보장해 드립니다.
- 이것은 CalOptima Health OneCare Complete 회원에 대한 첫 90 일 동안의 임시 공급에 추가하여 제공됩니다.

기존 회원으로서 하나의 치료 환경에서 다른 치료 환경으로 이전하는 경우를 치료 수준의 변경이라고 합니다. 이러한 경우의 예는 다음과 같습니다:

- 급성 치료 병원에서 장기 치료 시설로 이전하는 경우
- 병원에서 퇴원하여 댁으로 가는 경우
- 파트 A 전문요양시설에서의 거주를 종료하고 파트 D 보장으로 복귀하는 경우
- 호스피스 상태를 포기하고 표준 파트 A 및 파트 B 의 혜택으로 되돌아가는 경우
- 장기 치료 시설 거주를 종료하고 지역사회로 복귀하는 경우
- 정신병원에서 퇴원한 경우

치료 수준의 변경이 있는 경우, **약물 목록**에 없는 약물 각각에 대해, 또는 약물을 구할 수 있는 능력이 제한적인 경우, 네트워크 약국에 가시면 임시로 30 일치 공급을 보장해 드립니다. 첫 30 일 간의 공급

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

후에는 이러한 약에 대해서 지불해 드리지 않습니다. 이런 경우, 다음 두 가지 중 하나를 선택할 수 있습니다:

- 고객 서비스부에 복용하고자 하는 약과 같은 약들의 목록을 요청하십시오. 그런 후, 귀하의 의사나 다른 처방자에게 목록을 보여주십시오. 그들은 귀하가 복용하길 원하는 약과 같은 것으로서 약물 목록에 있는 약을 처방할 수 있습니다. **또는**
- 약 보장을 CalOptima Health OneCare Complete 보장 규칙에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 예외에 자세한 내용은 질문 B10를 참조하십시오

B10. 약을 보장하도록 예외를 요청할 수 있습니까?

예. 약물 목록에 없는 약을 보장하도록 CalOptima Health OneCare Complete에게 예외를 요청할 수 있습니다

또한, 귀하의 약에 대한 규칙을 변경하도록 요청할 수 있습니다.

- 예로 CalOptima Health OneCare Complete는 보장하는 약의 양을 제한할 수 있습니다. 약에 한도가 있는 경우, 한도를 변경하고 더 많이 보장해 줄 것을 저희에게 요청하실 수 있습니다.
- 다른 예: 저희에게 단계 요법 제한사항 또는 사전 승인 요건을 없앨 것을 요청할 수 있습니다.

B11. 예외 신청은 어떻게 할 수 있습니까?

예외를 신청하시려면, 고객 서비스부에 문의하십시오. 고객 서비스부에서 귀하 및 귀하의 제공자와 협력하여 예외 신청을 도와드립니다. **회원 안내서의 제 9 장** 섹션 G2에서 예외에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.

B12. 예외 적용을 받기까지 얼마나 걸립니까?

예외 신청을 지원하는 귀하 처방자의 문서를 받으면 저희는 72 시간 이내에 예외 신청에 대한 결정을 내릴 것입니다. 지원 문서를 제공하는 방법에 대한 자세한 내용은 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스부 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 전화하여 문의하십시오.

귀하 또는 처방자가 결정이 나기까지 72 시간을 기다릴 경우 귀하의 건강에 해를 끼칠 수 있다고 생각하면, 신속 예외를 요청할 수 있습니다. 이것은 빠른 결정을 말합니다. 처방자가 귀하의 신청을 지지하는 경우, 저희는 처방자의 지원서를 받은 후 24 시간 내에 결정을 내리게 됩니다.

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.



B13. 일반 의약물이란 무엇입니까?

일반 약물은 브랜드 약물과 동일한 활성 성분으로 구성되어 있습니다. 일반적으로 브랜드 약물보다 비용이 저렴하고 효과가 동일합니다. 그것 중 잘 알려진 이름이 없습니다. 일반 약물은 식품의약국(FDA)에서 승인합니다. 많은 브랜드 약물에 사용할 수 있는 일반 약물이 있습니다. 일반 약물은 보통 -주법에 따라- 새로운 처방전 없이 약국에서 브랜드 약물을 대체할 수 있습니다.

CalOptima Health OneCare Complete 는 브랜드 약물과 일반 약물 모두를 보장합니다.

B14. 오리지널 생물학적 제품이란 무엇이고 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?

약물이라고 할 때, 이는 약물 또는 생물학적 제품을 의미할 수 있습니다. 생물학적 제품은 일반적인 약물보다 더 복잡한 약물입니다. 생물학적 제품은 일반적인 약물보다 더 복잡하기 때문에 제네릭 형태가 아닌 바이오시밀러라고 하는 형태를 갖습니다. 일반적으로 바이오시밀러는 원래 생물학적 제품과 마찬가지로 효과가 좋고 비용이 덜 들 수 있습니다. 일부 원래 생물학적 제품에는 바이오시밀러 대체제가 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주법에 따라 새로운 처방전 없이도 약국에서 원래 생물학적 제품을 대체할 수 있습니다. 이는 일반 약물이 브랜드명 약물을 대체할 수 있는 것과 마찬가지입니다.

약물 유형에 대한 자세한 내용은 [회원 안내서의 제 5 장](#)을 참조하십시오.

B15. OTC 약이란 무엇입니까?

OTC 란 "오버-더-카운터(over-the-counter, 처방전 없이 구입하는 약물)"를 말합니다. CalOptima Health OneCare Complete 는 의료 제공자가 처방전을 제공한 경우 일부 OTC 약물을 보장합니다.

어떤 OTC 약물이 보장되는지 알아보려면 CalOptima Health OneCare Complete 회원 안내서의 [4 장](#)을 읽어보십시오.

B16. CalOptima Health OneCare Complete 는 비약물 OTC 제품을 보장합니까?

CalOptima Health OneCare Complete 는 의료 제공자가 처방할 경우 일부 비약물 OTC 제품을 보장합니다.

비약물 OTC 제품의 예로는 인슐린 주사 관련 물품이 포함됩니다.

CalOptima Health OneCare Complete 약물 목록을 보시면 보장되는 OTC 약물을 확인할 수 있습니다.

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.



B17. CalOptima Health OneCare Complete 는 장기 처방 물품을 보장합니까?

- **100 일 소매 약국 프로그램.** 일부 소매 약국은 최대한 100 일 양의 보장 처방약을 제공할 수 있습니다. 100 일분 약물의 공동부담금이 1 개월 분량과 동일합니다.

B18. 가까운 약국에서 집으로 처방 약을 배달 받을 수 있습니까?

가까운 약국에서 집으로 처방 약을 배달할 수도 있습니다. 약국에 전화하여 배달 여부를 확인해보십시오.

B19. 나의 부담금은 얼마입니까?

CalOptima Health OneCare Complete 회원은 플랜의 규칙을 따르는 경우 처방약, OTC 약물 및 비약제품에 대해 \$0 이 있습니다. OTC 약물 및 비약제품에 대한 자세한 정보는 질문 B15 및 B16 을 참조하십시오.

구간은 저희 약물 목록에 있는 약의 그룹입니다.

- 1 단계 약들은 일반 약물입니다. 부담금은 \$0 입니다.
- 2 단계 약들은 브랜드 약물입니다. 부담금은 \$0 입니다.

질문이 있으시면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오.

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.



C. 보장 약물 목록 개요

다음의 **보장 약물 목록**은 CalOptima Health OneCare Complete 가 보장하는 약에 대한 정보를 제공합니다. 목록에 있는 귀하의 약을 찾기 어려우시면, 섹션 I-1부터 시작되는 보장되는 약물 색인을 찾아보십시오. 색인에는 CalOptima Health OneCare Complete 에서 보장되는 모든 약이 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

오버 더 카운터(OTC) 약품 및 특정 비타민과 같은 기타 약품들은 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터 번호 800-977-2273 으로 전화할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 신분증(BIC)을 지참하십시오.

파트 D 약물에 대한 항소

- 항소란 저희가 귀하의 플랜 혜택에 대해 내린 결정을 재검토하여 실수가 있었다면 이를 바로 잡도록 공식 요청하는 절차입니다.
- 예로 저희가 회원이 원하는 약물이 보장 대상이 아니거나, Medicare 나 Medi-Cal 에 의해 더 이상 보장되지 않는다는 결정을 내릴 수 있습니다.
- 회원 또는 처방인이 저희의 결정에 동의하지 않을 경우, 항소를 제기할 수 있습니다. 질문이 있으시면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오.
- 회원 안내서의 제 9 장*에서 항소 제기 방법에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.
- 파트 D 약물이 아닌 약물의 경우 항소에 대한 규칙이 다릅니다.

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.



C1. 의료 증상별 약물 목록

이 섹션의 약물은 의료 증상 치료에 사용되는 유형에 따라 범주로 분류됩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 심혈관계 약물 범주를 찾아봐야 합니다. 그곳에서 심장 상태를 치료하는 약을 찾을 수 있습니다.

다음은 “사용에 대한 필요한 조치, 제한 또는 한도” 열에서 사용되는 코드의 의미입니다:

코드	의미
PA	귀하(또는 담당 의사)는 이 약에 대한 처방전을 조제하기 전 CalOptima Health OneCare Complete로부터 사전 승인을 받아야 합니다. 사전 승인 없이는 CalOptima Health OneCare Complete 는 이 약을 보장하지 않을 수 있습니다.
PA BvD	이 약물은 Medicare 파트 B 또는 파트 D에 따른 지급 대상일 수 있습니다. 귀하(또는 담당 의사)는 이 약에 대한 처방전을 조제하기 전에 이 약이 Medicare 파트 D에 따라 보장이 되는지를 판단하기 위해 CalOptima Health OneCare Complete로부터 사전 승인을 받아야 합니다. 사전 승인 없이는 CalOptima Health OneCare Complete 는 이 약을 보장하지 않을 수 있습니다.
PA NSO	신규 회원이거나 이전에 이 약을 복용한 적이 없는 경우, 귀하(또는 담당 의사)는 이 약에 대한 처방전을 조제하기 전에 CalOptima Health OneCare Complete로부터 사전 승인을 받아야 합니다. 사전 승인 없이는 CalOptima Health OneCare Complete 는 이 약을 보장하지 않을 수 있습니다.
QL	CalOptima Health OneCare Complete 는 처방전마다 또는 특정 기간 내에 보장되는 이 약의 양을 제한합니다.
ST	CalOptima Health OneCare Complete에서 이 약에 대한 보장을 제공하기 전에 먼저 귀하의 질병을 치료하기 위해 다른 약(들)을 시도해야 합니다. 이 약은 다른 약(들)이 효과가 없는 경우에만 보장될 수 있습니다.

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.



코드	의미
LA	이 처방전은 특정 약국에서만 조제할 수 있습니다. 자세한 정보는 약국 목록을 참조하거나 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7 일 24 시간 전화하십시오.

도표의 첫 번째 열에는 약물 이름이 나열됩니다. 일반 약물은 소문자 이탤릭체로 표시되며(예: *amoxicillin*), 브랜드 의약물은 대문자로 표시되며(예: *ELIQUIS*) OTC 의약물 및 비의약물은 소문자로 표시됩니다(예: *인슐린 펜 바늘*). "사용에 대한 필요한 조치, 제한 또는 한도" 열의 정보는 CalOptima Health OneCare Complete에 귀하의 의약물 보장에 대한 규칙이 있는지 알려줍니다.

질문이 있는 경우 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.



약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANALGESICS		
ANALGESICS		
JOURNAVX 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 14 days)
ANALGESICS COMBINATIONS		
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days), PA NSO
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENDOCET (5-325 MG TABLET, 7.5-325 MG TABLET, 10-325 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetamin 10-325/15</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANALGESICS		
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<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)
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 2% solution pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac epolamine 1.3% patch</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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANALGESICS		
<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)	
<i>IBU (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)</i>	\$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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANALGESICS		
<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)
<i>levorphanol tartrate (2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>methadone hcl (5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 100 mg tablet, sulf er 200 mg tablet, sulfate er 100 mg cap, sulfate er 120 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 15 mg tablet, sulf er 30 mg tablet, sulf er 60 mg tablet, sulfate er 10 mg cap, sulfate er 20 mg cap, sulfate er 30 mg cap, sulfate er 45 mg cap, sulfate er 50 mg cap, sulfate er 60 mg cap, sulfate er 75 mg cap, sulfate er 80 mg cap, sulfate er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANALGESICS		
<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)
<i>oxymorphone hcl er 7.5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
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)
<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)	
<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)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
------	------------------------	------------------------

ANALGESICS

<i>oxymorphone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
------	------------------------	------------------------

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)	
TRIDACAIN 5% PATCH	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
TRIDACAIN II 5% PATCH	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 hcl (2 mg tablet, 8 mg tablet)</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, buprenorphine-nalox 12-3mg film, buprenorphn-naloxn 2-0.5 mg sl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>lofexidine 0.18 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS		
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml carpuject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (2 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 2)	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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin sulf 500 mg/2 ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL</i>	\$0 (Tier 2)	PA, QL (252 per 30 days)
<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, 2 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
<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 pediatr 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 v, ph 600 mg/4 ml v, ph 900 mg/6 ml v)</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)	
DALVANCE 500 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fosfomycin 3 gm sachet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>linezolid 600 mg/300 ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
<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/5 ml susp, mcr 25 mg cap, mcr 50 mg cap, mcr 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin mono-mcr 100 mg</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b sulfate vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>SIVEXTRO (200 MG TABLET, 200 MG VIAL)</i>	\$0 (Tier 2)	PA, QL (6 per 30 days)
<i>SOLOSEC 2 GM GRANULE PACKET</i>	\$0 (Tier 2)	PA
<i>tigecycline 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (160 per 30 days)
<i>XIFAXAN (200 MG TABLET, 550 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	PA
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
<i>AVYCAZ 2.5 GRAM VIAL</i>	\$0 (Tier 2)	PA
<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)	
<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, 200 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
<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>ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
TAZICEF (1 GM ADD-VANTAGE VIAL, 1 GRAM VIAL, 6 GRAM VIAL)	\$0 (Tier 1)	
TEFLARO (400 MG VIAL, 600 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
ZERBAXA 1.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 2)	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)	
<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, 10 gm bottle, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
<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)	
<i>BICILLIN C-R (1.2 MILLION UNIT, 900-300 SYRINGE)</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS, 2,400,000 UNITS)</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm bulk vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin 2 gm/ 50 ml inj</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
<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)	
<i>piperacillin-tazobactam (piperacil-tazo 2.25 gm add v1, piperacil-tazo 3.375 gm add v1, piperacil-tazo 4.5 gm add vial, piperacil-tazobact 2.25 gm v1, piperacil-tazobact 3.375 gm v1, piperacil-tazobact 4.5 gm vial, piperacil-tazobact 13.5 gm v1, piperacil-tazobact 40.5 gram)</i>	\$0 (Tier 1)	
CARBAPENEMS		
<i>ertapenem 1 gram vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>imipenem-cilastatin sodium (250 mg v1, 500 mg v1)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
<i>meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
MACROLIDES		
<i>azithromycin (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vial, 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 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (20 per 10 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	QL (136 per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
<i>erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
QUINOLONES		
<i>BAXDELA (300 MG VIAL, 450 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 14 days)
<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)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ofloxacin (300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
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>demeclacycline 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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
ANTICONVULSANTS, OTHER		
<i>BRIVIACT (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN</i>	\$0 (Tier 2)	QL (600 per 30 days), PA NSO
<i>DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)</i>	\$0 (Tier 2)	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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (680 per 28 days)
<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 tablet, 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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 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)
SPRITAM (250 MG TABLET, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
SUBVENITE (25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KIT (BLUE)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KIT(GREEN)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KT(ORANGE)	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
<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 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)	
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
<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>clorazepate 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 sys, 2.5mg rectal gel(2pk), 10 mg rectal gel syrg, 10 mg rectal gel syst, 10mg rectal gel (2pk), 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)
<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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
VALTOCO (5 MG NASAL SPRAY, 10 MG NASAL SPRAY, 15 MG NASAL SPRAY, 20 MG NASAL SPRAY)	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO
vigabatrin 500 mg powder packt	\$0 (Tier 1)	PA NSO
vigabatrin 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
VIGADRONE 500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	PA NSO
VIGPODER 500 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	QL (1100 per 30 days), PA NSO
SODIUM CHANNEL AGENTS		
carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tab chew, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)	\$0 (Tier 1)	
carbamazepine er (er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
DILANTIN (30 MG CAPSULE, 50 MG INFATAB, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN 125 MG/5 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	
<i>eslicarbazepine 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet, 600 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)	
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
<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
<i>XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50-100 MG PAK, 150-200 MG PK)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
<i>XCOPRI (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>XCOPRI (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>XCOPRI (250 MG DAILY PACK, 350 MG DAILY PACK)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
<i>ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP</i>	\$0 (Tier 2)	QL (900 per 30 days), PA NSO
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEMENTIA AGENTS		
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
ADLARITY (5 MG/DAY PATCH, 10MG/DAY PATCH)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (4 per 28 days)
<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)
<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr patch)</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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEMENTIA AGENTS		
<i>memantine hcl (5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
<i>AUVELITY ER 45-105 MG TABLET</i>	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<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)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
<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
ZURZUVAE (20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 180 days), PA NSO
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (14 per 180 days), PA NSO
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
<i>EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)</i>	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>MARPLAN 10 MG TABLET</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
<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 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 2)	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)
<i>DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 30 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)</i>	\$0 (Tier 2)	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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
<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 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet, 40 mg capsule)</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>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 (50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
<i>nefazodone hcl 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 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
<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 2)	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 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
<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)
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
<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
<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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
<i>trimipramine maleate 100 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ANTIEMETICS		
ANTIEMETICS, OTHER		
<i>GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY</i>	\$0 (Tier 2)	PA, QL (9.8 per 28 days)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIEMETICS		
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)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIFUNGALS		
ANTIFUNGALS		
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clotrimazole (1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)</i>	\$0 (Tier 2)	PA
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
<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, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIFUNGALS		
<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)	
<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)	
KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWD	\$0 (Tier 1)	
<i>micafungin (50 mg vial, 100 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIFUNGALS		
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
<i>terbinafine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>voriconazole (40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>voriconazole 200 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIGOUT AGENTS		
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>probenecid-colchicine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ANTIMIGRAINE AGENTS		
ANTIMIGRAINE AGENTS		
ELYXYB 120 MG/4.8 ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28.8 per 6 days)
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG AUTOINJECTOR (70 MG/ML, 140 MG/ML)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIMIGRAINE AGENTS		
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
NURTEC ODT 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (18 per 30 days)
UBRELVY (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (16 per 30 days)
ZAVZPRET 10 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA, QL (8 per 30 days)
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)
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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 (4 mg/0.5 ml cart, 4 mg/0.5 ml inject, 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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
VYVGART HYTRULO 1,000MG-10,000	\$0 (Tier 2)	PA, QL (20 per 28 days)
ANTIMYCOBACTERIALS		
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
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>PRIFTIN 150 MG TABLET</i>	\$0 (Tier 2)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIMYCOBACTERIALS		
SIRTURO (20 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
ANTINEOPLASTICS		
ALKYLATING AGENTS		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
GLEOSTINE (10 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LEUKERAN 2 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
MATULANE 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
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 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERLEADA 60 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
EULEXIN 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
NUBEQA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI 80 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
YONSA 125 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
POMALYST (1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
THALOMID (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
ORSERDU 345 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ORSERDU 86 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
SOLTAMOX (10 MG/5 ML SOLN, 20 MG/10 ML SOLN)	\$0 (Tier 2)	
<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 2)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
TABLOID 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
ANTINEOPLASTICS		
AVMAPKI-FAKZYNJA CO- PACK	\$0 (Tier 2)	QL (66 per 28 days), PA NSO
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 28 days), PA NSO
IWLFIN 192 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 400 MG CO- PACK	\$0 (Tier 2)	QL (70 per 28 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 600 MG CO- PACK	\$0 (Tier 2)	QL (91 per 28 days), PA NSO
LONSURF (15 MG-6.14 MG TABLET, 20 MG-8.19 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
LYSODREN 500 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
OGSIVEO (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
OGSIVEO 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
ORGOVYX 120 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (32 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 110 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 160 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TEPMETKO 225 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ALECENSA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG 30 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 3 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 4 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734**
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
BALVERSA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (50 MG CAPSULE, 400 MG TABLET, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
CALQUENCE 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPRELSA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
CAPRELSA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG PACK, 100 MG PK, 140 MG PK)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
COPIKTRA (15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
COTELLIC 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (63 per 21 days), PA NSO
DANZITEN (71 MG TABLET, 95 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib (20 mg tablet, 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 70 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
<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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (21 per 21 days), PA NSO
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
GAVRETO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (126 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (168 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
HERNEXEOS 60 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
IBRANCE (75 MG CAPSULE, 75 MG TABLET, 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
IBTROZI 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	QL (216 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
INLYTA 1 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
INLYTA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
INREBIC 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
ITOVEBI 3 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ITOVEBI 9 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (63 per 28 days), PA NSO
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
KRAZATI 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LAZCLUZE (80 MG TABLET, 240 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LORBRENA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
LORBRENA 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 120 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 240 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 320 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LYNPARZA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	\$0 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	\$0 (Tier 2)	QL (112 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	\$0 (Tier 2)	QL (140 per 28 days), PA NSO
MEKINIST (0.05 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
MEKTOVI 15 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
MODEYSO 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (20 per 28 days), PA NSO
NERLYNX 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (3 per 28 days), PA NSO
ODOMZO 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OJEMDA (100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE))	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	\$0 (Tier 2)	QL (16 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (96 per 28 days), PA NSO
OJJAARA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>pazopanib hcl 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (14 per 21 days), PA NSO
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
QINLOCK 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ROMVIMZA (14 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (8 per 28 days), PA NSO
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
RUBRACA (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
RYDAPT 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	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 2)	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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
TAGRISSO (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL)	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
TASIGNA (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TAZVERIK 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
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 2)	QL (64 per 28 days), PA NSO
TUKYSA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
TURALIO 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VANFLYTA (17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 14 days), PA NSO
VENCLEXTA 10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
VERZENIO (50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VIJOICE (50 MG GRANULE PACKET, 50 MG TABLET, 125 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK	\$0 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
VIZIMPRO (15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VONJO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VORANIGO (10 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XALKORI 150 MG PELLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
XALKORI 20 MG PELLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
XALKORI 50 MG PELLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XOSPATA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	\$0 (Tier 2)	QL (8 per 28 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG, 60 MG)	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (32 per 28 days), PA NSO
ZEJULA (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTINEOPLASTICS		
ZELBORAF 240 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ZYDELIG (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZYKADIA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
RETINOIDS		
<i>bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	\$0 (Tier 2)	
<i>tretinoiin 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
TREATMENT ADJUNCTS		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesna 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPARASITICS		
ANTHELMINTHICS		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<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>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 3 days)
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
KRINTAFEL 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
------	------------------------	------------------------

ANTIPARASITICS

<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
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
------	------------------------	------------------------

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)	
---	--------------	--

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)
<i>NOURIANZ (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ONGENTYS (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE)</i>	\$0 (Tier 2)	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)	
<i>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)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ONAPGO 98 MG/20 ML CARTRIDGE</i>	\$0 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole 0.75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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-levo 10-100 mg odt, carbidopa-levo 25-100 mg odt, carbidopa-levo 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 vial, 500 mg/5 ml vial)</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 vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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		
ABILITY ASIMTUFI 720 MG/2.4ML	\$0 (Tier 2)	QL (2.4 per 42 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
ABILITY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	\$0 (Tier 2)	QL (3.2 per 42 days)
ABILITY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	\$0 (Tier 2)	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 SYRN	\$0 (Tier 2)	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	\$0 (Tier 2)	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	\$0 (Tier 2)	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	\$0 (Tier 2)	QL (3.2 per 14 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	QL (0.75 per 28 days)
ERZOFRI 156 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	QL (1.5 per 28 days)
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	QL (2.25 per 28 days)
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	QL (0.25 per 28 days)
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
FANAPT (PACK, PACK A)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	\$0 (Tier 2)	QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	\$0 (Tier 2)	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	\$0 (Tier 2)	QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	\$0 (Tier 2)	QL (1.75 per 70 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OPIPZA 10 MG FILM	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
<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>PERSERIS ER 120 MG SYRINGE KIT</i>	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
<i>PERSERIS ER 90 MG SYRINGE KIT</i>	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
<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)
<i>REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
<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)
<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 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
UZEDY (ER 150 MG/0.42 ML SYRING, ER 200 MG/0.56 ML SYRING, ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 56 days)
UZEDY (ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE, ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE, ER 100 MG/0.28 ML SYRING, ER 125 MG/0.35 ML SYRING)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
VRAYLAR (1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<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 (50 MG-20 MG CAPSULE, 100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK	\$0 (Tier 2)	QL (52 per 28 days)
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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	
ANTISPASTICITY AGENTS		
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	
ANTIVIRALS		
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (336 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
PREVYMIS (240 MG TABLET, 480 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>valganciclovir 450 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days), PA NSO
<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 2)	PA
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<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 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIREAD POWDER	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days)
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
EPCLUSIA (150-37.5 MG PELLET PKT, 200-50 MG PELLET PACK, 400 MG-100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
MAVYRET 100-40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (140 per 28 days)
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
SOVALDI (150 MG PELLET PACKET, 200 MG PELLET PACKET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
ZEPATIER 50-100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TABLET, 50-200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
DOVATO 50-300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
GENVOYA TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET CHEW)	\$0 (Tier 2)	
ISENTRESS 400 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JULUCA 50-25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
STRIBILD TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TIVICAY 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
EDURANT 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
EDURANT PED 2.5MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 2)	
<i>efavir-emtri-tenof</i> 600-200-300	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz</i> 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> (400-300-300, 600-300-300)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricit-rilp-tenof</i> 200-25-300	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>etravirine</i> (100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
INTELENCE 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
<i>nevirapine</i> (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
<i>nevirapine er</i> 400 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
PIFELTRO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
<i>abacavir</i> 20 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>abacavir</i> 300 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
CIMDUO 300-300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
DESCOVY (120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	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)
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	\$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
<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 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
<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)
<i>RUKOBIA ER 600 MG TABLET</i>	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN</i>	\$0 (Tier 2)	QL (1840 per 30 days)
<i>SUNLENCA 300 MG TABLET</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>SUNLENCA 4- 300 MG TABLET</i>	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 2 days)
<i>SUNLENCA 5- 300 MG TABLET</i>	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 8 days)
<i>TYBOST 150 MG TABLET</i>	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
<i>APTIVUS 250 MG CAPSULE</i>	\$0 (Tier 2)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	\$0 (Tier 2)	
<i>lopinavir-ritonavir (100-25mg tb, 200-50mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 2)	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 2)	
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)
<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 2)	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 2)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
<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)
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	\$0 (Tier 2)	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 5 days)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	\$0 (Tier 2)	QL (11 per 5 days)
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANXIOLYTICS		
<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 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)
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANXIOLYTICS		
<i>lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
<i>LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
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)	QL (1000 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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>FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	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)
<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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
<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)
<i>INVOKAMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TABLET, 150-500 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>INVOKAMET XR (50-1,000 MG TAB, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TAB, 150-500 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>INVOKANA (100 MG TABLET, 300 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
JANUMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR (50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JANUVIA (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (2 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
<i>nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	\$0 (Tier 2)	QL (3 per 28 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)
RYBELSUS (3 MG TABLET, 7 MG TABLET, 14 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 PEN INJECTOR	\$0 (Tier 2)	PA
SYMLINPEN 60 PEN INJECTOR	\$0 (Tier 2)	PA
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	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 2)	QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR (2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR (5 MG-500 MG TABLET, 10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 28 days)
<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 2)	QL (0.8 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
GVOKE HYPOOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOOPEN 1PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE HYPOOPEN 2-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOOPEN 2PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE PFS 1-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE PFS 2-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
VYKAT XR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
VYKAT XR 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
VYKAT XR 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 days)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SYRING	\$0 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 days)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6ML AUTOINJ	\$0 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
INSULINS		
HUMALOG (100 CARTRIDGE, 100 VIAL)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG 200 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml crt</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart prot mix 70-30 (mix70-30 pn, mix70-30 vl)</i>	\$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)
<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 2)	ST, QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
LYUMJEV 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
LYUMJEV 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
LYUMJEV 200 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 (70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (70-30, RELION 70-30)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN (N 100 UNIT/ML, RELION N U-100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN (R 100 UNIT/ML, RELION R U-100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
NOVOLOG (100 VIAL, RELION 100 VL)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN (100 UNIT/ML, RELION U-100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN (70-30 FLEXPEN, RELION 70-30 FLXPN)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
<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)	
<i>FRAGMIN (10,000 UNIT/ML SYRINGE, 10,000 UNITS/ML SYRINGE)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>FRAGMIN (12,500 UNIT/0.5 ML SYR, 12,500 UNITS/0.5 ML)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (15 per 30 days)
<i>FRAGMIN (15,000 UNIT/0.6 ML SYR, 15,000 UNITS/0.6 ML)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (18 per 30 days)
<i>FRAGMIN (18,000 UNIT/0.72 ML, 18,000 UNITS/0.72 ML)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (22 per 30 days)
<i>FRAGMIN (2,500 UNIT/0.2 ML SYR, 2,500 UNITS/0.2 ML SYR)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (6 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
FRAGMIN (25,000 UNITS/ML VIAL, 95,000 UNIT/3.8 ML VL)	\$0 (Tier 2)	QL (22.8 per 30 days)
FRAGMIN (5,000 UNIT/0.2 ML SYR, 5,000 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)
FRAGMIN (7,500 UNIT/0.3 ML SYR, 7,500 UNITS/0.3 ML SYR)	\$0 (Tier 2)	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, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
XARELTO (1 MG/ML SUSPENSION, 2.5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 30D)	\$0 (Tier 2)	
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRINGE, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
<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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg susp pkt, 12.5 mg tablet, 25 mg susp packet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
EPOGEN (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
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 2)	PA
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	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 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
PROCIT (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 10,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL, 40,000 UNITS/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
RELEUKO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNIT/ML VIAL, 40,000 UNIT/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridam er 25-200 mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA (60 MG TABLET, 90 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
<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)	
<i>DOPTELET ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)</i>	\$0 (Tier 2)	PA, QL (15 per 5 days)
<i>DOPTELET (30 TAB PK) 20 MG TAB</i>	\$0 (Tier 2)	PA
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>TAVALISSE (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<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)	
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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<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)
<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 (30 per 30 days)
<i>benazepril hcl 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<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, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<i>lisinopril 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perindopril erbumine 2 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>perindopril erbumine 4 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>perindopril erbumine 8 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ramipril 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>trandolapril 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<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)	
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<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)	
<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)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<i>metoprolol succ er 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<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)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<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, er 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<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)	QL (60 per 30 days)
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION</i>	\$0 (Tier 2)	PA
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
<i>CARTIA XT (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
DILT-XR (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
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)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<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)
<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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)</i>	\$0 (Tier 1)	
ATTRUBY 356 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<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)	
CAMZYOS (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (560 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)	
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<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)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metyrosine 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	\$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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<i>sacubitri-l-valsartan (24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VANRAFIA 0.75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
WEGOVY (0.25 MG/0.5 ML PEN, 0.5 MG/0.5 ML PEN, 1 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (1.7 MG/0.75 ML PEN, 2.4 MG/0.75 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
DIURETICS, LOOP		
<i>bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	
DIURETICS, THIAZIDE		
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSP</i>	\$0 (Tier 2)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<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)
<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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
<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)
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)
<i>JUXTAPID (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)</i>	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>JUXTAPID 20 MG CAPSULE</i>	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>JUXTAPID 30 MG CAPSULE</i>	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	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)	
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 2)	PA
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
TRYNGOLZA 80 MG/0.8 ML AUTOINJ	\$0 (Tier 2)	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 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
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)	
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)
<i>nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	\$0 (Tier 1)	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS (ALS) AGENTS		
RADICAVA ORS (105 MG/5 ML SUSP, STARTER KIT SUSP)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (70 per 14 days)
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0 (Tier 2)	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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
<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)
<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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
<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)
<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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
<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)
<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 2)	PA, QL (120 per 30 days)
AUSTEDO 9 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	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 2)	PA, QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITR(12-18-24-30MG)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA (40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA SPRINKLE (40 MG CAP, 60 MG CAP, 80 MG CAP)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 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 2)	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 2)	PA, QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
FIBROMYALGIA AGENTS		
SAVELLA (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SAVELLA TITRATION PACK	\$0 (Tier 2)	QL (55 per 28 days), PA NSO
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	\$0 (Tier 2)	PA
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYR (4PK)	\$0 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	\$0 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML (4PK)	\$0 (Tier 2)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	\$0 (Tier 2)	PA
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
<i> fingolimod 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	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
MAVENCLAD (10 MG 10 TABLET PK, 10 MG 4 TABLET PK, 10 MG 5 TABLET PK, 10 MG 6 TABLET PK, 10 MG 7 TABLET PK, 10 MG 8 TABLET PK, 10 MG 9 TABLET PK)	\$0 (Tier 2)	PA
MAYZENT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
MAYZENT 0.25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	\$0 (Tier 2)	PA, QL (7 per 4 days)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRING	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
PONVORY (14-DAY STARTER PACK, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
REBIF (22 MCG/0.5 ML SYRINGE, 44 MCG/0.5 ML SYRINGE, TITRATION PACK)	\$0 (Tier 2)	PA
REBIF REBIDOSE (22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, TITRATION PACK)	\$0 (Tier 2)	PA
TASCENO ODT (ODT 0.25 MG TABLET, ODT 0.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<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 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
ZEPOSIA (0.92 MG CAPSULE, STARTER KIT (28-DAY), STARTER PACK (7-DAY))	\$0 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 hydiate (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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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
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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
DERMATOLOGICAL AGENTS		
<i>tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
<i>tazarotene 0.05% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>tazarotene 0.1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 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
<i>ZENATANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
<i>ALA-CORT 1% CREAM</i>	\$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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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% ointment, 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
FILSUVÉZ 10% GEL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>fluorouracil (0.5% cream, 5% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
DERMATOLOGICAL AGENTS		
<i>fluorouracil (2% soln, 5% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<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)	
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (55 per 28 days)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	
QBREXZA 2.4% CLOTH	\$0 (Tier 2)	PA
SANTYL OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SILVADENE 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0 (Tier 2)	PA NSO
VTAMA 1% CREAM	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
DERMATOLOGICAL AGENTS		
ZORYVE (0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0 (Tier 2)	PA
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
CROTAN 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (474 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 (474 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)	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	\$0 (Tier 2)	
<i>clindamycin 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, phos 1% plegget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
DERMATOLOGICAL AGENTS		
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin (2% gel, 2% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mupirocin (2% cream, 2% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naftifine hcl (1% cream, 2% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxiconazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
OXISTAT 1% LOTION	\$0 (Tier 2)	
SULFAMYLYON 8.5% CREAM	\$0 (Tier 2)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS		
ISOLYTE S IV SOLN PH7.4	\$0 (Tier 2)	
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 ph5.5</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>multiple electrolytes t1 ph7.4</i>	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0 (Tier 2)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
<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/100 ml sol, 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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 2)	
<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 2)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
JYNARQUE (15 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS		
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS		
CLINIMIX (4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 2)	PA
CLINIMIX E (2.75%-5% SOLUTION, 4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 2)	PA
CLINISOL 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
CLINOLIPID (20% (100 GM/500 ML), 20% (20 GM/100 ML), 20% (200 GM/1000ML), 20% (50 GM/250 ML))	\$0 (Tier 2)	PA
<i>dextrose 10%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>dextrose 10%-0.45% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl iv</i>	\$0 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS		
<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)	
<i>glucose 5%-0.9% nacl 1000 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)</i>	\$0 (Tier 2)	PA
<i>ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>kcl 20 meq in d5w-lact ringer</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl 20 meq/l in d5w solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.2% nacl (10 meq/500 ml-d5w-0.2%nacl, 20 meq/l-d5w-0.2% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS		
<i>kcl-d5w-0.225% nacl (10meq/500ml-d5w-0.225%nacl, 20 meq/l-d5w-0.225% nacl)</i>	\$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, 30 meq/l-d5w- 0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.9% nacl (20 meq/l- d5w-0.9%, 40 meq/l-d5w-0.9%)</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)	
NATAL PNV TABLET	\$0 (Tier 2)	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0 (Tier 2)	PA
PREMASOL 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS		
<i>prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet</i>	\$0 (Tier 2)	
PROSOL 20% INJECTION	\$0 (Tier 2)	PA
TPN ELECTROLYTES VIAL	\$0 (Tier 1)	
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	\$0 (Tier 2)	PA
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
WESNATAL DHA COMPLETE	\$0 (Tier 2)	
POTASSIUM BINDERS		
KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (34 per 30 days)
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulf powder</i>	\$0 (Tier 1)	
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GASTROINTESTINAL AGENTS		
MOVANTIK (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
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 2)	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
SUTAB 1.479-0.225-0.188 GM TAB	\$0 (Tier 2)	
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	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
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GASTROINTESTINAL AGENTS		
XERMELO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	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		
GATTEX 5 MG INJECTION	\$0 (Tier 2)	PA
GAVILYTE-C SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-G SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-N SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GOLYTELY SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
IQIRVO 80 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg-3350 and electrolytes soln</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GASTROINTESTINAL AGENTS		
<i>peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	\$0 (Tier 1)	
SEROSTIM 6 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VELSIPITY 2 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
VOWST CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (12 per 3 days)
HISTAMINE-2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GASTROINTESTINAL AGENTS		
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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
AQNEURSA 1 GRAM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ARALAST NP 1,000 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
ARALAST NP 500 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	
<i>betaine 1 gram/scoop powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
CREON (DR 3,000 CAPSULE, DR 6,000 CAPSULE, DR 12,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE, DR 36,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
CTEXLI 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
DAYBUE 200 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (420 per 30 days)
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
GLASSIA (4 GM /200 ML VIAL, 5 GM /250 ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	
GLASSIA 1 GM/50 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
JAVYGTOR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
KEVEYIS 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>l-glutamine 5 gram powder pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
MIPLYFFA (47 MG CAPSULE, 62 MG CAPSULE, 93 MG CAPSULE, 124 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
ORMALVI 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5 ML SYRINGE, 10 MG/0.5 ML SYRINGE, 20 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
PANCREAZE (DR 2,600 CAP, DR 4,200 CAP, DR 10,500 CAP, DR 16,800 CAP, DR 21,000 CAP, DR 37,000 CAP)	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 2)	PA
PLENAMINE 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
PROLASTIN C (1,000 MG VIAL, 1,000 MG/20 ML VL)	\$0 (Tier 2)	PA
PYRUKYND (20-5 MG PACK, 50-20 MG PACK)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (14 per 14 days)
PYRUKYND 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	\$0 (Tier 2)	PA, QL (7 per 7 days)
PYRUKYND 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
RAVICTI 1.1 GRAM/ML LIQUID	\$0 (Tier 2)	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
RIVFLOZA 128 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (0.8 per 28 days)
RIVFLOZA 160 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	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 2)	
<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 2)	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA
WAINUA 45 MG/0.8 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 2)	PA
WELIREG 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
XROMI 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
YARGESA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ZEMAIRA (1,000 MG VIAL, 4,000 MG VIAL, 5,000 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
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 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 2)	QL (30 per 30 days)
MYRBETRIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENITOURINARY AGENTS		
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	\$0 (Tier 2)	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)
<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 HYPERPLASIA 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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENITOURINARY AGENTS		
<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 2)	PA, QL (90 per 30 days)
LITHOSTAT 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
ACTHAR GEL 400 UNIT/5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT (40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML)	\$0 (Tier 2)	PA
CORTROPHIN (GEL 40 UNIT/0.5 ML, GEL 80 UNIT/ML SYR)	\$0 (Tier 2)	PA
CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)
<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 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)	
<i>fludrocortisone 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
JAYTHARI (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
<i>methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ORAPRED ODT (ODT 10 MG TABLET, ODT 15 MG TABLET, ODT 30 MG TABLET)</i>	\$0 (Tier 2)	
<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, 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)	
<i>PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
CRENESSITY (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tb, 0.2 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA SV 2 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 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 2)	PA
HUMATROPE (6 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE, 24 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
NORDITROPIN FLEXPRO (5 MG/1.5, 10 MG/1.5, 15 MG/1.5, 30 MG/3 ML)	\$0 (Tier 2)	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN (5, 10, 20)	\$0 (Tier 2)	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	\$0 (Tier 2)	PA
SEROSTIM (4 MG VIAL, 5 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
SKYTROFA (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 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 2)	PA
ZOMACTON (5 MG VIAL, 10 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
<i>testosterone 10 mg gel pump</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
<i>testosterone enanthate (testosteron 1,000 mg/5 ml, testosterone 200 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ESTROGENS		
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0 (Tier 2)	
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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
ESTRACE 0.01% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.01% cream, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
ESTRING (2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG RING)	\$0 (Tier 2)	
FEMRING (0.05 VAG RING, 0.10 VAG RING)	\$0 (Tier 2)	
IMVEXXY (4 MCG MAINTENANCE PACK, 4 MCG STARTER PACK, 10 MCG MAINTENANCE PAK, 10 MCG STARTER PACK)	\$0 (Tier 2)	QL (18 per 28 days)
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 2)	
PREMARIN (0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, VAGINAL CREAM-APPL)	\$0 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
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 2)	
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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
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 2)	
BALZIVA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BEYAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 2)	
BLISOVI 24 FE TABLET	\$0 (Tier 1)	
BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BRIELLYN TABLET	\$0 (Tier 1)	
CAMRESE LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
CLIMARA PRO PATCH	\$0 (Tier 2)	
COMBIPATCH (0.05-0.14 MG, 0.05-0.25 MG)	\$0 (Tier 2)	
CRYSELLE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
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)	
ENPRESSE-28 TABLET	\$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>ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	
FALMINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
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)	
HALOETTE VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INTRAROSA 6.5 MG VAG INSERT	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
KARIVA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
KELNOR 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KURVELO-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KYLEENA 19.5 MG SYSTEM	\$0 (Tier 2)	PA BVD
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>levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e 0.15-0.03-0.01, levonor-e 0.1-0.02-0.01)</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)	
LEVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
LILETTA 52 MG SYSTEM	\$0 (Tier 2)	PA BVD
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	\$0 (Tier 2)	
LOESTRIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
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)	
LUTERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MARLISSA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MERZEE 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
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)	
MIRENA 52 MG SYSTEM	\$0 (Tier 2)	PA BVD
NATAZIA 28 TABLET	\$0 (Tier 2)	
NECON 0.5-35-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXTSTELLIS 3-14.2 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norelgestrom-ee 150-35 mcg/day</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind-eth 1-0.02 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
<i>norethindrone-e.estradol-iron (1-0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
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 2)	
NYLIA (1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
OCELLA 3 MG-0.03 MG 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 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
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 2)	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
RIVELSA TABLET	\$0 (Tier 1)	
ROSYRAH TABLET	\$0 (Tier 1)	
SAFYRAL TABLET	\$0 (Tier 2)	
SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
SKYLA 13.5 MG SYSTEM	\$0 (Tier 2)	PA BVD
SPRINTEC 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
SRONYX 0.10-0.02 MG 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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
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)	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
TURQOZ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
VALTYA 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)	
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
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 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
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/10 ml 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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0 (Tier 2)	
NORA-BE TABLET	\$0 (Tier 1)	
<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 2)	
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
ERMEZA 150 MCG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<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)	
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)	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
REZDIFRA (60 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	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 2)	
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 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
------	------------------------	------------------------

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 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE KIT	\$0 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 45 MG SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 2)	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
<i>leuprolide depot 22.5 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (DEPOT 3.75 MG KIT, DEPOT-4 MONTH KIT, DEPOT 7.5 MG KIT, DEPOT 11.25 MG 3MO KIT, DEPOT 22.5 MG 3MO KIT, DEPOT 45 MG 6MO KIT)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO, 45 MG 6MO KIT)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0 (Tier 2)	PA
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml v1, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml v1, acet 200 mcg/ml v1, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml v1, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ORIAHNN 300-1-0.5MG/300MG CAPS	\$0 (Tier 2)	PA
RECORLEV 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
SOMAVERT (10 MG VIAL, 15 MG VIAL, 20 MG VIAL, 25 MG VIAL, 30 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA
TRELSTAR (3.75 MG VIAL, 11.25 MG VIAL, 22.5 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
ANGIOEDEMA AGENTS		
<i>CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL-DILUENT)</i>	\$0 (Tier 2)	PA
<i>HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)</i>	\$0 (Tier 2)	PA
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>ORLADEYO (110 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)</i>	\$0 (Tier 2)	PA
<i>SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG/2 ML VIAL)</i>	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
IMMUNOGLOBULINS		
BIVIGAM (5 GM/50 ML (10%) VIAL, 10 GM/100 ML (10%) VL, LIQUID 10% VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	\$0 (Tier 2)	PA
GAMMAKED 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
GAMMAPLEX (2.5 GRAM/50 ML VIAL, 5 GRAM/100 ML VIAL, 5 GRAM/50 ML VIAL, 10 GRAM/100 ML VIAL, 10 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/400 ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
OCTAGAM (5% (1 G/20 ML) VIAL, 5% (10 G/200 ML) VIAL, 5% (2.5 G/50 ML) VIAL, 5% (5 G/100 ML) VIAL, 5% VIAL, 10% (10 G/100 ML) VIAL, 10% (2 G/20 ML) VIAL, 10% (20 G/200 ML) VIAL, 10% (30 G/300 ML) VIAL, 10% (5 G/50 ML) VIAL, 10% VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
PANZYGA (10% (1 G/10 ML) VIAL, 10% (10 G/100 ML) VIAL, 10% (2.5 G/25 ML) VIAL, 10% (20 G/200 ML) VIAL, 10% (30 G/300 ML) VIAL, 10% (5 G/50 ML) VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
PRIVIGEN 10% VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
EMPAVELI 1,080 MG/20 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (160 per 28 days)
FABHALTA 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SL TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
TARPEYO DR 4 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
VOYDEYA (100 MG TABLET, 150 MG DOSE TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	\$0 (Tier 2)	PA
ARCALYST 220 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
BIMZELX (160 MG/ML SYRINGE, 320 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
BIMZELX AUTOINJECTOR (160 MG/ML AUTOINJECTOR, 320 MG/2 ML AUTOINJECT)	\$0 (Tier 2)	PA
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	\$0 (Tier 2)	PA
COSENTYX SNRDY 300MG DOSE-2PEN	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
COSENTYX SYRINGE (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	\$0 (Tier 2)	PA
DUPIXENT PEN (200 MG/1.14 ML PEN, 300 MG/2 ML PEN)	\$0 (Tier 2)	PA
DUPIXENT SYRINGE (200 MG/1.14 ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
ILUMYA 100 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
JOENJA 70 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
KEVZARA (150 MG/1.14 ML PEN INJ, 150 MG/1.14 ML SYRINGE, 200 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
LITFULO 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG DOSE - 2 SYRINGES, 300 MG DOSE - 2 SYRINGES)	\$0 (Tier 2)	PA
OMVOH PEN (100 MG/ML PEN, 200 MG DOSE - 2 PENS, 300 MG DOSE - 2 PENS)	\$0 (Tier 2)	PA
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	\$0 (Tier 2)	PA
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SILIQ 210 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	\$0 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	\$0 (Tier 2)	PA
SOTYKTU 6 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
STELARA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR	\$0 (Tier 2)	PA
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
TALTZ SYRINGE (20 MG/0.25 ML SYRINGE, 40 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
TREMFYA 100 MG/ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
TREMFYA INDCT 200MG/2ML X2 PEN	\$0 (Tier 2)	PA
XELJANZ (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
XELJANZ XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
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 2)	PA
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SYRN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (12 per 28 days)
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SYRING	\$0 (Tier 2)	PA, QL (17 per 28 days)
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SYRNG	\$0 (Tier 2)	PA, QL (23 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LEUKINE 250 MCG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL (0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA BVD
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 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0 (Tier 2)	PA
cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
ENBREL (25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	\$0 (Tier 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 2)	PA
everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) (CDV HUMIRA(CF) 10 MG/0.1ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 20 MG/0.2ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 40 MG/0.4ML SYR, HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING, HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING, HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING)	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN (CDV HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4ML, CDV HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8ML, HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML)	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN CRHN-UC- HS 80MG	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-AHS 80-40	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
HYFTOR 0.2% GEL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLMAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
<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
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	PA BVD

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
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
SIMLANDI(CF) (SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 ML, SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML, SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML)	\$0 (Tier 2)	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR (SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML, SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML)	\$0 (Tier 2)	PA
SIMPONI (100 MG/ML PEN INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
SIMPONI (50 MG/0.5 ML PEN INJEC, 50 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<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
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA BVD
VACCINES		
ABRYSVO VIAL	\$0 (Tier 2)	
ACTHIB VACCINE	\$0 (Tier 2)	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	
AREXVY VACCINE	\$0 (Tier 2)	
<i>bcg vaccine (tice strain) vial</i>	\$0 (Tier 2)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	
DAPTACEL DTAP VACCINE	\$0 (Tier 2)	
ENGERIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
ENGERIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	\$0 (Tier 2)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0 (Tier 2)	PA
HIBERIX VACCINE	\$0 (Tier 2)	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	\$0 (Tier 2)	
INFANRIX DTAP VACCINE	\$0 (Tier 2)	
IPOL VIAL	\$0 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
IXIARO VACCINE	\$0 (Tier 2)	
JYNNEOS VACCINE	\$0 (Tier 2)	
KINRIX VACCINE	\$0 (Tier 2)	
M-M-R II VACCINE VIAL	\$0 (Tier 2)	
MENQUADFI VIAL	\$0 (Tier 2)	
MENVEO VACCINE	\$0 (Tier 2)	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	\$0 (Tier 2)	
PENBRAYA VACCINE	\$0 (Tier 2)	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y KIT	\$0 (Tier 2)	
PENTACEL VACCINE	\$0 (Tier 2)	
PRIORIX VIAL	\$0 (Tier 2)	
PROQUAD VIAL	\$0 (Tier 2)	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
RABAVERT VACCINE	\$0 (Tier 2)	
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 2)	PA
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
ROTATEQ VACCINE	\$0 (Tier 2)	
SHINGRIX VACCINE	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 365 days)
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	\$0 (Tier 2)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
TYPHIM VI (25 MCG/0.5 ML AL, 25 MCG/0.5 ML SYRNG)	\$0 (Tier 2)	
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
VARIVAX VACCINE	\$0 (Tier 2)	
VAXCHORA VACCINE	\$0 (Tier 2)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
VIVOTIF EC CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	\$0 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
PENTASA 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
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
<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 2)	PA NSO
<i>RAYALDEE (ER 30 MCG CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))</i>	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<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 (4 per 28 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
<i>teriparatide 560mcg/2.24ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	\$0 (Tier 2)	PA, QL (2 per 30 days)
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1.12 per 28 days)
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1.96 per 28 days)
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (2.8 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OPHTHALMIC AGENTS		
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
<i>atropine 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>atropine 1% eye drops</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)	
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCIN HC EYE OINTMENT	\$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)	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	\$0 (Tier 2)	PA
<i>pilocarpine hcl 1.25% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OPHTHALMIC AGENTS		
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (7 per 30 days)
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i>	\$0 (Tier 1)	
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA, QL (8.4 per 30 days)
IIDRA 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
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-INFECTIVES		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
BESIVANCE 0.6% SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0 (Tier 2)	PA
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OPHTHALMIC AGENTS		
<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)	
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (10% drops, 10% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
XDEMVY 0.25% DROP	\$0 (Tier 2)	PA
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0 (Tier 2)	
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium 0.09% eye drp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (3.4 per 180 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	PA
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<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 2)	
<i>ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol 0.5% ophthalmic gel</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol etabonate (0.2% drp, 0.5% drp)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0 (Tier 2)	QL (6 per 180 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OPHTHALMIC AGENTS		
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<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)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	\$0 (Tier 2)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OPHTHALMIC AGENTS		
<i>brimonidine-timolol 0.2%-0.5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>brinzolamide 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	ST
<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 2)	QL (5 per 30 days)
<i>travoprost 0.004% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	ST

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OTIC AGENTS		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OTIC AGENTS		
CIPRO HC OTIC SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	
<i>ciproflox-dexameth otic susp</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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	\$0 (Tier 2)	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)	
<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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
<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 2)	QL (21.2 per 30 days)
ANTIHISTAMINES		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrup)</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)
<i>zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG INH	\$0 (Tier 2)	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 2)	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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)
<i>levalbuterol conc 1.25 mg/0.5 ml</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 2)	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS 50 MCG	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
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 2)	PA, QL (60 per 30 days)
ORKAMBI (100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (112 per 28 days)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	\$0 (Tier 2)	PA BVD
SYMDEKO (50/75 MG-75 MG TABLETS, 100/150 MG-150 MG TABS)	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 2)	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 2)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40- 60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	\$0 (Tier 2)	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), PA NSO
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 2)	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)
OPSUMIT 10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, LA
OPSYNVI (10-20 MG TABLET, 10-40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (30 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 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	\$0 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0 (Tier 2)	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 2)	PA, QL (300 per 30 days)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (120 per 30 days)
TYVASO DPI (16 MCG CARTRIDGE, 16-32-48 MCG TITRAT, 32 MCG CARTRIDGE, 48 MCG CARTRIDGE, 64 MCG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
UPTRAVI (200 MCG TABLET, 400 MCG TABLET, 600 MCG TABLET, 800 MCG TABLET, 1,000 MCG TABLET, 1,200 MCG TABLET, 1,400 MCG TABLET, 1,600 MCG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)
<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)	
ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG INH	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	\$0 (Tier 2)	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 INHALER	\$0 (Tier 2)	QL (10.7 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> (80-4.5, 160-4.5)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT 20- 100 MCG	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	\$0 (Tier 2)	PA
<i>fluticasone prop hfa 220 mcg</i>	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734
(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
<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>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 2)	PA, QL (3 per 28 days)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (0.4 per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT (INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (60))	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
WINREVAIR (2 PACK) (45 MG KIT, 60 MG KIT)	\$0 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS		
WINREVAIR 45 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
WINREVAIR 60 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
WIXELA INHUB (100-50, 250-50, 500-50)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)	
<i>orphenadrine er 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)
<i>triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<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)
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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
SLEEP DISORDER AGENTS		
<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
<i>XYWAV 0.5 GM/ML ORAL SOLUTION</i>	\$0 (Tier 2)	PA, LA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
------	------------------------	------------------------

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)
<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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
SUPPLIES		
<i>needles, insulin disp., safety</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약물의색인

본 섹션에서는 알파벳순으로 약물 이름을 검색하여 찾을 수 있습니다. 이것은 약에 대한 추가 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호를 알려줄 것입니다.

1

1ST

GENERATION/TYPICAL

ACTHAR	185	ALTAVERA	193	
ACTHAR SELFJECT	185	ALUNBRIG	73	
ACTHIB VACCINE	225	ALYACEN	193	
ACTIMMUNE	220	ALYFTREK	247	
ACTIVELLA	193	ALYQ	245	
<i>acyclovir</i>	110, 164	<i>amantadine</i>	90	
<i>acyclovir sodium</i>	110	<i>ambrisentan</i>	245	
ADACEL TDAP	225	<i>amcinonide</i>	159	
<i>adefovir dipivoxil</i>	103	<i>amikacin sulfate</i>	31	
ADEMPAS	245	<i>amiloride hcl</i>	144	
ADLARITY	51	<i>amiloride-</i>		
AIMOVIG AUTOINJECTOR	64	<i>hydrochlorothiazide</i>	140	
AJOVY AUTOINJECTOR	64	AMINOGLYCOSIDES	31	
GENERATION/ATYPICAL	94	AJOVY SYRINGE	64	
AKEEGA	73	AMINOSALICYLATES		
ALA-CORT	159	AND/OR PRODRUGS	229	
<i>abacavir</i>	106	<i>amiodarone hcl</i>	133	
<i>abacavir-lamivudine</i>	107	<i>amitriptyline hcl</i>	57	
ABIGALE	193	<i>albendazole</i>	89	
ABIGALE LO	193	<i>albuterol sulfate</i>	241	
ABILIFY ASIMTUFII	94, 95	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg</i>	<i>amlodipine besylate</i>	137
ABILIFY MAINTENA	95	<i>inhaler (Proair generic)</i>	242	
<i>abiraterone acetate</i>	68	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg</i>	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	140
ABIRTEGA	69	<i>inhaler (Proventil generic)</i>	242	
ABRYSVO VIAL	225	ALCOHOL	<i>amlodipine-valsartan</i>	140
<i>acamprosate calcium</i>	29	DETERRENTS/ANTI-	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	140
<i>acarbose</i>	114	CRAVING	242	
ACCUTANE	158	ALECENSA	<i>benazepril</i>	140
<i>acebutolol hcl</i>	135	<i>alendronate sodium</i>	230, 231	
<i>acetaminophen-codeine</i>	23	<i>alendronate sodium</i>	<i>amoxicillin-clavulanate</i>	
<i>acetaminophen-codeine</i> 120-12 mg/5	23	<i>alfuzosin hcl er</i>	183	
<i>acetazolamide</i>	139	<i>aliskiren</i>	<i>amoxapine</i>	36
<i>acetazolamide er</i>	237	<i>allopurinol</i>	29	
<i>acetic acid</i>	238	<i>alogliptin</i>	<i>amoxicillin b</i>	61
<i>acetylcysteine</i>	247	<i>alogliptin-metformin</i>	61	
<i>acitretin</i>	158	<i>alosetron hcl</i>	<i>amoxicillin b liposome</i>	36
ACNE AND ROSACEA AGENTS	158	ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS	63	
ACTEMRA	215	ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS	<i>ampicillin sodium</i>	36
ACTEMRA ACTPEN	215	<i>alprazolam</i>	114	
			<i>ampicillin trihydrate</i>	37
			<i>ampicillin-sulbactam</i>	37
			174	
			AMYOTROPHIC LATERAL SCLEROSIS (ALS)	
			130	
			AGENTS	149
			<i>anagrelide hcl</i>	126
			131	
			ANALGESICS	23
			112	
			ANALGESICS	23

ANALGESICS	ANTI-HIV AGENTS,	ANTIHISTAMINES.....	240
COMBINATIONS.....	23 NUCLEOSIDE AND	ANTILEUKOTRIENES.....	240
<i>anastrozole</i>	72 NUCLEOTIDE REVERSE	ANTIMETABOLITES.....	70
ANDROGENS.....	189 TRANSCRIPTASE	ANTIMIGRAINE AGENTS ..	64
ANESTHETICS.....	28 INHIBITORS (NRTI).....	ANTIMIGRAINE AGENTS ..	64
ANGELIQ.....	193 ANTI-HIV AGENTS,	ANTIMYASTHENIC	
ANGIOEDEMA AGENTS ..	212 OTHER.....	AGENTS.....	66
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS.....	ANTI-HIV AGENTS,	ANTIMYCOBACTERIALS ..	67
ANTAGONISTS.....	131 PROTEASE INHIBITORS	ANTIMYCOBACTERIALS,	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS.....	(PI).....	OTHER.....	67
132 INHALED	ANTI-INFLAMMATORIES,	ANTINEOPLASTICS.....	68
ANNOVERA.....	190 CORTICOSTEROIDS	ANTINEOPLASTICS	71
ANORO ELLIPTA.....	248 ANTI-INFLUENZA	OTHER.....	71
ANTHELMINTHICS.....	89 AGENTS.....	ANTIPARASITICS	89
ANTI-	ANTIANDROGENS	ANTIPARKINSON AGENTS	90
ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....	ANTIANGIOGENIC	ANTIPARKINSON AGENTS,	
AGENTS.....	AGENTS.....	OTHER.....	90
ANTI-CONSTIPATION AGENTS.....	29 ANTIARRHYTHMICS	133 ANTIPROTOZOALS	89
AGENTS.....	ANTIBACTERIALS.....	31 ANTIPSYCHOTICS	93
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS.....	173 ANTIBACTERIALS, OTHER.	31 ANTIPSYCHOTICS	101
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS.....	ANTICHOLINERGICS	90 ANTISPASMODICS,	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS.....	102 ANTICOAGULANTS	123 GASTROINTESTINAL	175
ANTI-DIARRHEAL AGENTS.....	ANTICONVULSANTS	42 ANTISPASMODICS,	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS.....	174 ANTICONVULSANTS,	URINARY	182
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS.....	OTHER	42 ANTISPASTICITY	
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI).....	103 ANTIDEMENTIA AGENTS	51 AGENTS	102
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	ANTIDEPRESSANTS	52 ANTISPASTICITY	
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	104 ANTIEMETICS	AGENTS	102
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	OTHER	52 ANTITHYROID AGENTS	212
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	ANTIEMETICS, OTHER	59 AGENTS	111
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	ANTIESTROGENS/MODIFIER S	ANTIVIRALS	102
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	105 ANTIFUNGALS	70 ANUSOL-HC	230
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	ANTIFUNGALS	61 ANXIOLYTICS	111
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	ANTIFUNGALS	61 ANXIOLYTICS, OTHER	111
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	ANTIGOUT AGENTS	63 <i>apraclonidine hcl</i>	237
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	ANTIGOUT AGENTS	63 <i>aprepitant</i>	60
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	ANTIHERPETIC AGENTS	110 APRI	193
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI).....	ANTIHERPETIC AGENTS	APTIVUS	108

AQNEURSA	177	AUGTYRO	71	benazepril-hydrochlorothiazide	141
ARALAST NP	178	AUSTEDO	152	benazepril-hydrochlorothiazide	141
ARANELLE	193	AUSTEDO XR	152,153	BENIGN PROSTATIC	
ARANESP	126	AUSTEDO XR TITRATION		HYPERTROPHY AGENTS	183
ARCALYST	215	KT(WK1-4)	153	BENLYSTA	215
AREXVY VACCINE	225	AUVELITY	52	BENZODIAZEPINES	112
<i>arformoterol tartrate</i>	242	AVIANE	194	<i>benztropine mesylate</i>	90
ARIKAYCE	31	AVMAPKI-FAKZYNJA	71	BESIVANCE	234
<i>aripiprazole</i>	95	AVONEX	154	BESREMI	220
<i>aripiprazole odt</i>	95	AVONEX (4 PACK)	154	BETA-ADRENERGIC	
ARISTADA	95	AVONEX PEN	154	BLOCKING AGENTS	135
ARISTADA INITIO	96	AVONEX PEN (4 PACK)	154	BETA-LACTAM,	
<i>armodafinil</i>	251	AVYCAZ	34	CEPHALOSPORINS	34
ARNUITY ELLIPTA	239	AYVAKIT	73	BETA-LACTAM,	
AROMATASE INHIBITORS, AZASAN			220	PENICILLINS	36
3RD GENERATION	72	AZASITE	234	<i>betaine anhydrous</i>	178
<i>asenapine maleate</i>	96	azathioprine	220	<i>betamethasone dipropionate</i>	
ASHLYNA	193	azelaic acid	158	<i>augmented</i>	159
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	129	azelastine hcl	234,240	<i>betamethasone</i>	
ASTAGRAF XL	220	azithromycin	39	<i>dipropionate</i>	159
<i>atazanavir sulfate</i>	108	azithromycin 250 mg tablet		<i>betamethasone valerate</i>	160
<i>atenolol</i>	135	(dose pack)	39	BETASERON 0.3 MG	
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	141	azithromycin 500 mg tablet		INJECTION	154
<i>atomoxetine hcl</i>	150	(dose pack)	39	<i>betaxolol hcl</i>	135,237
<i>atorvastatin calcium</i>	145	aztreonam	31	<i>bethanechol chloride</i>	184
<i>atovaquone</i>	89	AZURETTE	194	BETOPTIC S	237
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	89			<i>bexarotene</i>	88
<i>atropine 1% eye drop</i>	233	B		BEXSERO	225
<i>atropine sulfate</i>	233	bacitracin	234	BEYAZ	194
ATROVENT HFA	241	bacitracin-polymyxin	234	bicalutamide	69
ATTENTION DEFICIT		baclofen	102	BICILLIN C-R	37
HYPERACTIVITY DISORDER		BALCOLTRA	194	BICILLIN L-A	37
AGENTS,		balsalazide disodium	229	BIKTARVY	104
AMPHETAMINES	149	BALVERSA	73,74	<i>bimatoprost</i>	237
ATTENTION DEFICIT		BALZIVA	194	BIMZELX	215
HYPERACTIVITY DISORDER		BAQSIMI	118	BIMZELX AUTOINJECTOR	215
AGENTS, NON-		BARACLUDE	103	BIPOLAR AGENTS	113
AMPHETAMINES	150	BAXDELA	40	<i>bisoprolol fumarate</i>	135
ATTRUBY	141	<i>bcg vaccine (tice strain)</i>	225	<i>bisoprolol-fumarate</i>	
AUBRA	194	benazepril hcl	132	hydrochlorothiazide	141
AUBRA EQ	194			BIVIGAM	213

BLISOVI 24 FE	194	<i>butalbital-acetaminophen-</i>	<i>carisoprodol</i>	250
BLISOVI FE	194	<i>caffeine 50-325-40 mg tablet 23</i>	<i>carteolol hcl</i>	237
BLOOD GLUCOSE			<i>CARTIA XT</i>	137
REGULATORS	114	C	<i>carvedilol</i>	135
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS	123	<i>cabergoline</i>	<i>caspofungin acetate</i>	61
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER	126	<i>CABLIVI 11 MG VIAL KIT</i>	<i>CAYSTON</i>	243
BONSYTY	231	<i>CABOMETYX</i>	<i>74 cefaclor</i>	34
BOOSTRIX TDAP	226	<i>CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR</i>	<i>162 cefadroxil</i>	34
<i>bosentan</i>	245	<i>245 ANTAGONISTS</i>	<i>cefdinir</i>	34
BOSULIF	74	<i>calcitonin-salmon</i>	<i>64 cefepime hcl</i>	34
BRAFTOVI	74	<i>calcitriol</i>	<i>231 cefixime</i>	34
BREO ELLIPTA	248	<i>CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS,</i>	<i>231 cefotetan</i>	35
BREYNA	248	<i>BREZTRI AEROSPHERE</i>	<i>248 DIHYDROPYRIDINES</i>	137
BRIELLYN	194	<i>CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS,</i>	<i>cefoxitin</i>	35
BRILINTA	129	<i>brimonidine tartrate</i>	<i>cefpodoxime proxetil</i>	35
BRIVIACT	42	<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	<i>137 NONDIHYDROPYRIDINES</i>	35
<i>bromfenac sodium</i>	235	<i>CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS</i>	<i>137 cefprozil</i>	35
<i>bromocriptine mesylate</i>	91	<i>CALQUENCE</i>	<i>238 ceftazidime</i>	35
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC	241	<i>CAMILA</i>	<i>238 ceftriaxone</i>	35
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC	241	<i>CAMRESE LO</i>	<i>137 cefuroxime</i>	35
BRUKINSA	74	<i>CAMZYOS</i>	<i>238 cefuroxime sodium</i>	35
<i>budesonide</i>	230,239	<i>candesartan cilexetil</i>	<i>45 celecoxib</i>	24
<i>budesonide dr</i>	230	<i>CAPLYTA</i>	<i>74 CELLCEPT</i>	220
<i>budesonide ec</i>	230	<i>CAPRELSA</i>	<i>194 CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS</i>	149
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	248	<i>carbamazepine</i>	<i>194 CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, OTHER</i>	152
<i>bumetanide</i>	143	<i>carbamazepine er</i>	<i>74 cepalexin</i>	35
<i>buprenorphine hcl</i>	29	<i>CARBAPENEMS</i>	<i>48 cevimeline hcl</i>	157
<i>buprenorphine-naloxone</i>	29	<i>carbidopa</i>	<i>48 CHEMET</i>	168
<i>bupropion hcl</i>	52	<i>carbidopa-levodopa</i>	<i>38 chlordiazepoxide hcl</i>	112
<i>bupropion hcl sr</i>	30,52	<i>carbidopa-levodopa er</i>	<i>92 chlorhexidine gluconate</i>	157
<i>bupropion xl</i>	52	<i>entacapone</i>	<i>92 chloroquine phosphate</i>	89
<i>buspirone hcl</i>	111	<i>CARDIOVASCULAR AGENTS</i>	<i>92 chlorpromazine hcl</i>	93
		<i>CARDIOVASCULAR AGENTS, CHOLINESTERASE INHIBITORS</i>	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	112
		<i>52 OTHER</i>	<i>91 CHOLBAM</i>	178
		<i>111 carbamazepine</i>	<i>cholestyramine</i>	146
		<i>111 carbamazepine er</i>	<i>91 CHOLBAM</i>	178
		<i>111 carbamazepine</i>	<i>cholestyramine light</i>	146
		<i>111 carbamazepine</i>	<i>130 cholestyramine</i>	146
		<i>111 carbamazepine</i>	<i>139 INHIBITORS</i>	51
		<i>111 carbamazepine</i>	<i>165 ciclopirox</i>	164

<i>cilostazol</i>	129	<i>clonidine hcl er</i>	150	<i>CTEXLI</i>	178
CILOXAN	234	<i>clopidogrel</i>	130	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	250
CIMDUO	107	<i>clorazepate dipotassium</i>	46	<i>cyclophosphamide</i>	68
<i>cimetidine</i>	176	<i>clotrimazole</i>	61	<i>cyclosporine</i>	221,233
CIMZIA (2 PACK)	220	<i>clotrimazole-</i> <i>betamethasone</i>	162	<i>cyclosporine modified</i>	221
CIMZIA 2X200 MG/ML		<i>clozapine</i>	101	<i>cyproheptadine hcl</i>	240
SYRINGE KIT	221	<i>clozapine odt</i>	101	CYRED	194
<i>cinacalcet hcl</i>	231	CYRED EQ			195
CINRYZE	212	COARTEM	89	CYSTAGON	178
CIPRO HC	239	COBENFY	101	CYSTARAN	178
<i>ciprofloxacin hcl</i>	40,234	COBENFY STARTER		CYSTIC FIBROSIS	
<i>ciprofloxacin-d5w</i>	40	PACK	101	AGENTS	243
<i>ciprofloxacin-</i> <i>dexamethasone</i>		<i>codeine sulfate</i>	27		
<i>citalopram hbr</i>	54	<i>colchicine</i>	63	D	
CLARAVIS	158	<i>colesevelam hcl</i>	114,146	<i>dabigatran etexilate</i>	123
<i>clarithromycin</i>	39	<i>colestipol hcl</i>	146	<i>dalfampridine er</i>	154
CLEOCIN	164	<i>colistimethate</i>	32	DALVANCE	32
CLIMARA PRO	194	COMBIPATCH	194	<i>danazol</i>	189
<i>clindamycin (pediatric)</i>	32	COMBIVENT RESPIMAT	248	<i>dantrolene sodium</i>	102
<i>clindamycin 1% gel</i>	164	COMETRIQ	74	DANZITEN	75
<i>clindamycin hcl</i>	32	CONSTULOSE	173	<i>dapsone</i>	67
<i>clindamycin pediatric</i>	32	COPIKTRA	74	DAPTACEL DTAP	226
<i>clindamycin phos-benzoyl</i> <i>perox</i>	158	CORLANOR	141	<i>daptomycin</i>	32
<i>clindamycin phosphate</i>	32,164	CORTROPHIN	185	<i>darifenacin er</i>	182
<i>clindamycin phosphate-d5w</i>	32	CORTROPHIN GEL 400		<i>darunavir</i>	108
<i>CLINIMIX</i>	169	COSENTYX (2 SYRINGES)	185	<i>dasatinib</i>	75
<i>CLINIMIX E</i>	169	COSENTYX SENSOREADY (2	215	DAURISMO	75
CLINISOL	169	PENS)	215	DAYBUE	178
CLINOLIPID	169	COSENTYX SENSOREADY		DEBLITANE	205
<i>clobazam</i>	45	COSENTYX SYRINGE	216	deferasirox	168
<i>clobetasol emollient</i>	160	UNOREADY		<i>deferasirox</i>	168
<i>clobetasol propionate</i>	160	PEN	215	<i>defeniprone</i>	168
<i>clomipramine hcl</i>	58	COTELLIC	75	<i>delstrigo</i>	105
<i>clonazepam</i>	45,46	CRENESSITY	187	<i>demeclercycline hcl</i>	41
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i>	46	CREON	178	DENTAL AND ORAL	
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>	46	CRINONE	204	AGENTS	157
<i>clonazepam 1 mg odt</i>	46	<i>cromolyn sodium</i>	234,244	DENTAL AND ORAL	
<i>clonidine</i>	130	CROTAN	164	AGENTS	157
<i>clonidine hcl</i>	130	CRYSELLE	194	DEPO-ESTRADIOL	190

DEPO-SUBQ PROVERA	<i>diclofenac sodium</i>	24, 162, 236	DOPTELET	130
104	<i>diclofenac sodium er</i>	24	<i>dorzolamide hcl</i>	238
DERMATITIS AND PRURITUS	<i>dicloxacillin sodium</i>	37	<i>dorzolamide-timolol</i>	233
AGENTS	<i>dicyclomine hcl</i>	175	DOTTI	190
DERMATOLOGICAL	<i>DIFICID</i>	39	DOVATO	105
AGENTS	<i>diflorasone diacetate</i>	160	<i>doxazosin mesylate</i>	131
DERMATOLOGICAL AGENTS,	<i>diluprednate</i>	236	<i>doxepin hcl</i>	58, 160
OTHER	<i>digoxin</i>	133, 141	<i>doxercalciferol</i>	231
DESCOVY	<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	134	DOXY 100	41
<i>desipramine hcl</i>	<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	134	<i>doxycycline hyclate</i>	41, 157
<i>desloratadine</i>	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	65	<i>doxycycline monohydrate</i>	41
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	<i>DILANTIN</i>	49	DRIZALMA SPRINKLE	54
<i>desmopressin acetate</i>	<i>DILANTIN-125</i>	49	<i>dronabinol</i>	60
<i>desonide</i>	<i>DILT-XR</i>	138	<i>drospirenone-eth estradiol</i>	
<i>desoximetasone</i>	<i>diltiazem 12hr er</i>	138	<i>levomef</i>	195
<i>desvenlafaxine er</i>	<i>diltiazem 24hr er</i>	138	<i>drospirenone-ethinyl</i>	
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	138	<i>estradiol</i>	195
<i>dexamethasone</i>	<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	138	<i>droxidopa</i>	131
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	<i>diltiazem hcl</i>	138	DUAVEE	206
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	<i>dimethyl fumarate</i>	155	<i>duloxetine hcl</i>	54
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	<i>diphenoxylate-atropine</i>	174	DUPIXENT PEN	216
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>	<i>dipyridamole</i>	130	DUPIXENT SYRINGE	216
<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i>	<i>disopyramide phosphate</i>	134	<i>dutasteride</i>	183
<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i>	<i>disulfiram</i>	29	DUVYZAT	178
<i>dextroamphetamine-amphet er</i>	<i>DIURETICS, LOOP</i>	143	DYSLIPIDEMICS, FIBRIC	
<i>dextroamphetamine-amphet er</i>	<i>DIURETICS, POTASSIUM- SPARING</i>	145	ACID DERIVATIVES	145
<i>dextroamphetamine- amphetamine</i>	<i>DIURETICS, THIAZIDE</i>	144	DYSLIPIDEMICS, HMG COA	
<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i>	<i>DIURIL</i>	144	REDUCTASE INHIBITORS	145
<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i>	<i>divalproex sodium</i>	42	DYSLIPIDEMICS, OTHER	146
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i>	<i>divalproex sodium er</i>	43	E	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>	<i>dofetilide</i>	134	<i>ec-naproxen</i>	25
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i>	<i>DOJOLVI</i>	168	<i>econazole nitrate</i>	165
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	<i>DOLISHALE</i>	195	EDURANT	105
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	<i>donepezil hcl</i>	51	EDURANT PED	106
<i>dextrose in water</i>	<i>donepezil hcl odt</i>	51	<i>efavirenz</i>	106
DIACOMIT	<i>DOPAMINE AGONISTS</i>	91	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir disop</i>	106
<i>diazepam</i>	<i>DOPAMINE PRECURSORS</i>		<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disop</i>	106
<i>diazoxide</i>	<i>118 AND/OR L-AMINO ACID</i>		<i>EGRIFTA SV</i>	187
<i>diclofenac epolamine</i>	<i>24 DECARBOXYLASE</i>			
<i>diclofenac potassium</i>	<i>24 INHIBITORS</i>	92		

ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENTS	ENGERIC-B PEDIATRIC-ADOLESCENT	ESTRING	192
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS	ENILLORING	ESTROGENS	190
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS	ENPRESSE	eszopiclone	251
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS	ENSKYCE	ethambutol hcl	67
ELIGARD	ENSPRYNG	ethosuximide	45
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE	ENTACAPONE	ethynodiol-ethinyl estradiol	195
ELIGARD 30 MG SYRINGE	ENTECAVIR	etodolac	25
ELIGARD 45 MG SYRINGE	ENULOSE	etonogetrel-ethinyl estradiol	195
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	EPCLUSA	estradiol	195
ELIQUIS	EPIDIOLEX 100 MG/ML	etavirine	106
ELMIRON	SOLUTION	EULEXIN	69
eltrombopag olamine	epinephrine	everolimus	75,221
ELURYNG	eplerenone	EVOTAZ	109
ELYXYB	EPOGEN	exemestane	73
EMETOGENIC THERAPY	ERAXIS	EYSUVIS	236
ADJUNCTS	ERGOT ALKALOIDS	ezetimibe	146
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)	ERIVEDGE	F	
EMGALITY PEN	ERLEADA	FABHALTA	214
EMGALITY SYRINGE	erlotinib hcl	FALMINA	195
EMPAVELI	ERRIN	famciclovir	110,111
EMSAM	ertapenem	famotidine	176
emtricitabine	ERYTHROCIN	FANAPT	96,97
emtricitabine-rilpivirne-tenofovir	LACTOBIONATE	FARXIGA	114
emtricitabine-tenofovir disop	erythromycin	FASENRA	248
EMTRIVA	eslicarbazepine acetate	FASENRA PEN	248
enalapril maleate	esomeprazole magnesium	FEIRZA	196
enalapril-hydrochlorothiazide	estadalopram oxalate	felbamate	43
ENBREL	estradiol	felodipine er	137
ENBREL MINI	estradiol (once weekly)	FEMLYV	196
ENBREL SURECLICK	estradiol (twice weekly)	fenofibrate	145
ENDOCET	estradiol valerate	fenofibric acid	145
ENGERIX-B ADULT	acetat	Fentanyl	26
		FERIPROX	168
		fesoterodine fumarate er	182
		FETZIMA	55
		FIBROMYALGIA AGENTS	154
		FILSPARI	141
		FILSUVEZ	162
		finasteride	184

<i>fingolimod</i>	155	<i>furosemide</i>	144	GENETIC, ENZYME, OR
FINTEPLA.....	43	FYAVOLV.....	196	PROTEIN DISORDER:
FINZALA.....	196	FYCOMPRA.....	43	REPLACEMENT, MODIFIERS,
FIRMAGON.....	210	FYLNETRA.....	127	TREATMENT.....
FLAREX.....	236			177
<i>flavoxate hcl</i>	182	G		GENETIC, ENZYME, OR
<i>flecainide acetate</i>	134	<i>gabapentin</i>	46	PROTEIN DISORDER:
<i>fluconazole</i>	61	GALAFOLD.....	178	REPLACEMENT, MODIFIERS,
<i>fluconazole in saline</i>	61	galantamine er.....	51	TREATMENT.....
<i>fluconazole-nacl</i>	61	galantamine hbr.....	51	221
<i>flucytosine</i>	61	<i>galantamine hydrobromide</i>	51	GENITOURINARY
<i>fludrocortisone acetate</i>	185	GALBRIELA.....	196	AGENTS.....
<i>flunisolide</i>	239	GALLIFREY.....	205	GENITOURINARY AGENTS,
<i>fluocinolone acetonide</i>	160	GAMMA-AMINOBUTYRIC		flunisolide.....
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	239	ACID (GABA) MODULATING		GENOTROPIN.....
<i>fluocinonide</i>	160	AGENTS.....	45	gentamicin sulfate..
<i>fluocinonide-e</i>	161	GAMMAGARD LIQUID.....	213	31,165,235
<i>fluoride</i>	165	GAMMAGARD S-D.....	213	<i>gentamicin sulfate in ns</i>
<i>fluorometholone</i>	236	GAMMAKED.....	213	31
<i>fluorouracil</i>	162,163	GAMMAPLEX.....	213	GENVOYA.....
<i>fluoxetine hcl</i>	55	GAMUNEX-C.....	213	105
<i>fluphenazine decanoate</i>	93	GARDASIL 9.....	226	GILENYA.....
<i>fluphenazine hcl</i>	93	GASTROINTESTINAL		155
<i>flurbiprofen sodium</i>	236	AGENTS.....	173	GILOTRIF.....
<i>fluticasone</i>		GASTROINTESTINAL		76
<i>propionate</i>	161,239,240	AGENTS, OTHER.....	173	GIMOTI.....
<i>fluticasone propionate hfa</i> ..	248	<i>gatifloxacin</i>	213	59
<i>fluticasone-salmeterol</i>	249	GATTEX 5 MG INJECTION	175	GLASSIA.....
<i>fluticasone-salmeterol hfa</i> ..	249	gauze pads & dressings - pads	213	179
<i>fluvoxamine maleate</i>	55 2 x 2.....	<i>glatiramer acetate</i>	226	<i>glipizide</i>
FML FORTE.....	236	GASTROINTESTINAL		155
<i>fondaparinux sodium</i>	124	GAVILYTE-C.....	175	114
<i>fosamprenavir calcium</i>	109	GAVILYTE-G.....	175	<i>glipizide er</i>
<i>fosfomycin tromethamine</i>	32	GAVILYTE-N.....	175	114
<i>fosinopril sodium</i>	132	GAVRETO.....	175	GLATOPA.....
<i>fosinopril-</i>		<i>gefitinib</i>	235	115
<i>hydrochlorothiazide</i>	141	<i>gemfibrozil</i>	175	<i>gleevo</i>
FOTIVDA.....	76	GEMMILY.....	196	
FRAGMIN.....	124,125	GEMTESA.....	182	
FRUZAQLA.....	76	GENERLAC.....	173	
FULPHILA.....	127	<i>glycopyrrolate</i>	173	
		GOLYTELY.....	175	
		GOMEKLI.....	76	

<i>granisetron hcl</i>	60	HORMONAL AGENTS, HUMALOG MIX 50-50
GRANIX.....	127	STIMULANT/REPLACEMENT/ KWIKPEN..... 120
GRASTEK.....	214	MODIFYING (ADRENAL) 185 HUMALOG MIX 75-25..... 120
<i>griseofulvin</i>	62	HORMONAL AGENTS, HUMALOG MIX 75-25
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	62	STIMULANT/REPLACEMENT/ KWIKPEN..... 120
<i>guanfacine hcl</i>	131	MODIFYING (PITUITARY) 187 HUMATROPE..... 187
<i>guanfacine hcl er</i>	151	HORMONAL AGENTS, HUMIRA..... 221
GVOKE.....	118	STIMULANT/REPLACEMENT/ HUMIRA PEN..... 222
GVOKE HYPOPEN 1-.....		MODIFYING (PITUITARY) 187 HUMIRA(CF)..... 222
PACK.....	119	HORMONAL AGENTS, HUMIRA(CF) PEN..... 222
GVOKE HYPOPEN 2-.....		STIMULANT/REPLACEMENT/ HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-
PACK.....	119	MODIFYING (SEX UC-HS..... 222
GVOKE PFS 1-PACK.....		HORMONES/MODIFIERS) 189 HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-
SYRINGE.....	119	HORMONAL AGENTS, ADOL HS..... 222
GVOKE PFS 2-PACK.....		STIMULANT/REPLACEMENT/ HUMULIN 70-30..... 120
SYRINGE.....	119	MODIFYING (SEX HUMULIN 70/30 KWIKPEN 120
		HORMONES/MODIFIERS), HUMULIN N..... 120
		OTHER..... 193 HUMULIN N KWIKPEN.... 121
H		
HAEGARDA.....	212	HORMONAL AGENTS, HUMULIN R..... 121
HAILEY 24 FE.....	196	STIMULANT/REPLACEMENT/ <i>hydralazine hcl</i> 148
<i>halobetasol propionate</i>	161	MODIFYING (THYROID) 206 <i>hydrochlorothiazide</i> 144
HALOETTE.....	196	HORMONAL AGENTS, <i>hydrocodone-</i>
<i>haloperidol</i>	93	STIMULANT/REPLACEMENT/ <i>acetaminophen</i> 23
<i>haloperidol decanoate</i>	93	MODIFYING (THYROID) 206 <i>hydrocodone-acetaminophen</i>
<i>haloperidol decanoate 100</i>	93	HORMONAL AGENTS, 10-325mg..... 23
<i>haloperidol lactate</i>	93	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>
HAVRIX.....	226	SUPPRESSANT (ADRENAL 5-325mg..... 23
HEATHER.....	205	OR PITUITARY)..... 209 <i>hydrocodone-acetaminophen</i>
HEMADY.....	88	HORMONAL AGENTS, 7.5-325mg..... 23
HEMOSTASIS AGENTS.....	129	OR PITUITARY)..... 209 <i>hydrocodone-ibuprofen</i> 24
<i>heparin sodium</i>	125	HORMONAL AGENTS, <i>hydrocortisone</i> 161,230
HEPLISAV-B.....	226	SUPPRESSANT <i>hydrocortisone butyrate</i> 161
HERNEXEOS.....	76	(THYROID)..... 212 <i>hydrocortisone valerate</i> 161
HIBERIX VACCINE.....	226	HUMALOG..... 120 <i>hydromorphone hcl</i> 27
HISTAMINE-2 (H2)		HUMALOG JUNIOR <i>hydroxychloroquine sulfate</i> .. 89
RECEPTOR		KWIKPEN..... 120 <i>hydroxyurea</i> 71
ANTAGONISTS.....	176	HUMALOG KWIKPEN U- <i>hydroxyzine 2 mg/ml oral</i>
HORMONAL AGENTS,	100.....	STIMULANT/REPLACEMENT/ HUMALOG KWIKPEN U- <i>solution</i> 112
MODIFYING (ADRENAL).....	185	185 200..... 120 <i>hydroxyzine hcl</i> 112
		200..... 120 <i>hydroxyzine pamoate</i> 112
		HYFTOR..... 223

INGREZZA INITIATION	IQIRVO	175	
PK(TARDIV)	153 <i>irbesartan</i>	131	
<i>ibandronate sodium</i>	231 INGREZZA SPRINKLE	153 <i>irbesartan-</i>	
IBRANCE	77 INLYTA	78 <i>hydrochlorothiazide</i>	142
IBTROZI	77 INQOVI	71 ISENTRESS	105
IBU	25 INREBIC	78 ISENTRESS HD	105
ibuprofen	25 <i>insulin aspart</i>	121 ISIBLOOM	197
icatibant	212 <i>insulin aspart flexpen</i>	121 ISOLYTE P WITH	
ICLEVIA	196 <i>insulin aspart penfill</i>	121 DEXTROSE	170
ICLUSIG	77 <i>insulin aspart prot mix 70-</i>	ISOLYTE S	166
icosapent ethyl	146 30	121 <i>isoniazid</i>	67
IDHIFA	77 <i>insulin glargine max</i>	<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml</i>	
ILUMYA	216 <i>solostar</i>	121 <i>medicated pad</i>	252
imatinib mesylate	77 <i>insulin glargine solostar</i>	121 <i>isosorbide dinitrate</i>	148
IMBRUVICA	77 <i>insulin glargine-yfgn</i>	121 <i>isosorbide mononit er 60 mg</i>	
imipenem-cilastatin sodium	38 <i>insulin lispro</i>	121 <i>tb</i>	148
imipramine hcl	58 <i>insulin lispro junior kwikpen</i>	121 <i>isosorbide mononitrate er</i>	148
imiquimod	163 <i>insulin lispro kwikpen u-100</i>	121 <i>isotretinoin</i>	158
IMKELDI	78 <i>insulin lispro protamine mix</i>	121 ISTURISA	188
IMMUNOGLOBULINS	213 <i>insulin pen needle</i>	252 ITOVEBI	78
IMMUNOLOGICAL	<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3</i>	<i>itraconazole</i>	62
AGENTS	212 <i>ml</i>	252 ivabradine hcl	142
IMMUNOLOGICAL	<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2</i>	<i>ivermectin</i>	89
AGENTS	214 <i>ml</i>	252 IWILFIN	71
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER	<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	IXIARO VACCINE	227
IMMUNOSTIMULANTS	220 INSULINS	120 J	
IMMUNOSUPPRESSANTS	220 INTELENCE	106 JAIMESS	197
IMOVAX RABIES	INTRALIPID	170 JAKAFI	78
VACCINE	226 INTRAROSA	196 <i>jantoven</i>	125
IMPAVIDO	89 INTROVALE	197 JANUMET	116
IMVEXXY	192 INVEGA HAFYERA	97 JANUMET XR	116
INCASSIA	205 INVEGA SUSTENNA	97 JANUVIA	116
INCRELEX	188 INVEGA TRINZA	97,98 JARDIANCE	116
INCRUSE ELLIPTA	241 INVOKAMET	115 JASMIEL	197
<i>indapamide</i>	144 INVOKAMET XR	115 JAVYGTOR	179
<i>indomethacin</i>	25 INVOKANA	115 JAYPIRCA	78
INFANRIX DTAP VACCINE	226 IOPIDINE	238 JAYTHARI	185
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS	IPOL	226 JINTELI	197
INGREZZA	229 <i>ipratropium bromide</i>	241 JOENJA	216
	153 <i>ipratropium-albuterol</i>	249 JOURNAVX	23

JOYEAUX	197	KURVELO	198	<i>levobunolol hcl</i>	237
JULEBER	197	KYLEENA	198	<i>levocarnitine</i>	171
JULUCA	105			<i>levocetirizine</i>	
JUNEL	197	L		<i>dihydrochloride</i>	240
JUNEL FE	197	<i>l-glutamine</i>	179	<i>levofloxacin</i>	40
JUNEL FE 24	197	<i>labetalol hcl</i>	135	<i>levofloxacin-d5w</i>	40
JUXTAPID	146	<i>lacosamide</i>	49	LEVONEST	198
JYLAMVO	223	<i>lactulose</i>	173	<i>levonorg-eth estrad eth</i>	
JYNARQUE	168	<i>lamivudine</i>	107	<i>estradiol</i>	198
JYNNEOS VACCINE	227	<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	103	<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	198
		<i>lamivudine-zidovudine</i>	107	LEVORA-28	198
		<i>lamotrigine</i>	43	<i>levorphanol tartrate</i>	26
K					
KAITLIB FE	197	<i>lamotrigine (blue)</i>	43	<i>levothyroxine sodium</i>	207
KALETRA	109	<i>lamotrigine (green)</i>	43	LEVOXYL	207
KALYDECO	243	<i>lamotrigine (orange)</i>	43	<i>lidocaine</i>	28
KARIVA	198	<i>lansoprazol-amoxicil-</i>		<i>lidocaine hcl</i>	28
<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i>	170	<i>clarithro</i>	175	<i>lidocaine hcl viscous</i>	28
<i>kcl-d5w-0.225% nacl</i>	171	<i>lansoprazole</i>	177	<i>lidocaine-prilocaine</i>	28
<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	171	LANTUS	121	LILETTA	199
<i>kcl-d5w-0.9% nacl</i>	171	LANTUS SOLOSTAR	122	<i>linezolid</i>	32
KELNOR 1-35	198	<i>lapatinib</i>	79	<i>linezolid-d5w</i>	32
KERENDIA	147	LARIN	198	LINZESS	173
<i>ketoconazole</i>	62	LARIN FE	198	<i>liothyronine sodium</i>	207
<i>ketorolac tromethamine</i>	236	<i>latanoprost</i>	238	<i>lisinopril</i>	132,133
KEVEYIS	179	LAZCLUZE	79	<i>lisinopril</i>	
KEVZARA	216	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	104	<i>hydrochlorothiazide</i>	142
KINERET	216	<i>leflunomide</i>	223	LITFULO	216
KINRIX VACCINE	227	<i>lenalidomide</i>	69	<i>lithium carbonate</i>	113
KIONEX	172	LENVIMA	79	<i>lithium carbonate er</i>	113
KISQALI	78,79	LESSINA	198	<i>lithium citrate</i>	113
KISQALI FEMARA CO-		<i>letrozole</i>	73	LITHOSTAT	184
PACK	71	<i>leucovorin calcium</i>	88	LIVTENCITY	102
KLAYESTA	62	LEUKERAN	68	LO LOESTRIN FE	199
KLOR-CON 10	166	LEUKINE	220	LOCAL ANESTHETICS	28
KLOR-CON 8	166	<i>leuprolide acetate</i>	210	LOESTRIN	199
KLOXXADO	30	<i>leuprolide depot</i>	210	LOESTRIN FE	199
KOSELUGO	79	<i>levalbuterol concentrate</i>	242	<i>lofexidine hcl</i>	29
KOURZEQ	157	<i>levalbuterol hcl</i>	242	LOJAIMIESS	199
KRAZATI	79	<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	242	LOKELMA	172
KRINTAFEL	89	<i>levetiracetam</i>	43	LONSURF	71
KRISTALOSE	173	<i>levetiracetam er</i>	44	<i>loperamide</i>	174

<i>lopinavir-ritonavir</i>	109	MARPLAN.....	53	<i>methotrexate</i>	223
<i>lorazepam</i>	113	MAST CELL STABILIZERS.....	244	<i>methotrexate sodium</i>	223
LORAZEPAM INTENSOL.....	113	MATULANE.....	68	<i>methoxsalen</i>	163
LORBRENA.....	79,80	MAVENCLAD.....	155	<i>methsuximide</i>	45
LORYNA.....	199	MAVYRET.....	104	<i>methylphenidate</i>	151
<i>losartan potassium</i>	132	MAYZENT.....	155,156	<i>methylphenidate er</i>	151
<i>losartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	142	<i>meclizine hcl</i>	59	<i>methylphenidate er (la)</i>	151
LOTEMAX.....	236	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	205	<i>methylphenidate hcl</i>	151
<i>loteprednol etabonate</i>	236	<i>mefloquine hcl</i>	89	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	152
<i>lovastatin</i>	145	<i>megestrol acetate</i>	205	<i>methylphenidate la</i>	152
LOW-OGESTREL.....	199	<i>megestrol acetate 40mg/ml oral</i>		<i>methylphenidate sr</i>	152
<i>loxapine</i>	94	<i>suspension</i>	205	<i>methylprednisolone</i>	186
<i>lubiprostone</i>	173	MEKINIST.....	80	<i>methyltestosterone</i>	189
LUMAKRAS.....	80	MEKTOVI.....	80	<i>metoclopramide hcl</i>	59
LUMIGAN.....	238	MELEYA.....	205	<i>metolazone</i>	145
LUPKYNIS.....	223	<i>meloxicam</i>	25	<i>metoprolol succinate</i>	136
LUPRON DEPOT.....	210	<i>memantine hcl</i>	51,52	<i>metoprolol tartrate</i>	136
LUPRON DEPOT (LUPANETA).....	210	<i>memantine hcl er</i>	52	<i>metoprolol-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	142
LUPRON DEPOT-PED.....	210	MENOSTAR.....	192	<i>metronidazole</i>	33
<i>lurasidone hcl</i>	98	MENVEO VACCINE.....	227	<i>metyrosine</i>	142
LUTERA.....	199	<i>meperidine hcl</i>	27	<i>mexiletine hcl</i>	134
LYBALVI.....	98	<i>meprobamate</i>	112	MIBELAS 24 FE.....	199
LYLEQ.....	205	<i>mercaptopurine</i>	70	<i>micafungin</i>	62
LYLLANA.....	192	<i>meropenem</i>	39	<i>miconazole 3</i>	62
LYNPARZA.....	80	MERZEE.....	199	MICROGESTIN.....	199
LYSODREN.....	72	<i>mesalamine</i>	229	MICROGESTIN FE.....	200
LYTGOBI.....	80	<i>mesalamine dr</i>	229	<i>midodrine hcl</i>	131
LYUMJEV.....	122	<i>mesalamine er</i>	229	<i>mifepristone</i>	210
LYUMJEV KWIKPEN U-100122		<i>mesna</i>	88	MIGERGOT.....	65
LYUMJEV KWIKPEN U-200122		METABOLIC BONE DISEASE		<i>miglustat</i>	179
LYZA.....	205	AGENTS.....	230	MILI.....	200
		METABOLIC BONE DISEASE		MIMVEY.....	200
M		AGENTS.....	230	MINERALOCORTICOID	
M-M-R II VACCINE.....	227	<i>metformin hcl</i>	116	RECEPTOR	
MACROLIDES.....	39	<i>metformin hcl er</i>	116	ANTAGONISTS.....	147
<i>magnesium sulfate</i>	166,171	<i>methadone hcl</i>	26	<i>minocycline hcl</i>	42
<i>malathion</i>	164	<i>methazolamide</i>	238	<i>minoxidil</i>	148
<i>maraviroc</i>	108	<i>methimazole</i>	212	MINZOYA.....	200
MARLISSA.....	199	<i>methocarbamol</i>	250	MIPLYFFA.....	179

MIRENA.....	200	NEUPOGEN.....	127	
<i>mirtazapine</i>	53	NEUPRO.....	91	
<i>misoprostol</i>	176	N-METHYL-D-ASPARTATE	NEVANAC.....	236
<i>modafinil</i>	252	(NMDA) RECEPTOR	<i>nevirapine</i>	106
MODEYSO.....	81	ANTAGONIST.....	51 <i>nevirapine er</i>	106
<i>moexipril hcl</i>	133	<i>nabumetone</i>	25 NEXLETOL.....	142
MOLECULAR TARGET		<i>nadolol</i>	136 NEXLIZET.....	147
INHIBITORS.....	73	<i>nafcillin sodium</i>	37 NEXPLANON.....	206
<i>molindone hcl</i>	94	<i>naftifine hcl</i>	165 NEXTSTELLIS.....	200
<i>mometasone furoate</i>	161	<i>naloxone hcl</i>	30 <i>niacin er</i>	147
MONOAMINE OXIDASE B		<i>naltrexone hcl</i>	29 NICOTROL NS.....	30
(MAO-B) INHIBITORS.....	92	<i>naproxen</i>	25 <i>nifedipine</i>	137
MONOAMINE OXIDASE		<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	65 <i>nifedipine er</i>	137
INHIBITORS.....	53	<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	65 NIKKI.....	200
<i>montelukast sodium</i>	240	NATACYN.....	235 <i>nilutamide</i>	69
MOOD STABILIZERS.....	113	NATAL PNV.....	171 <i>nimodipine</i>	137
<i>morphine sulfate</i>	27	NATAZIA.....	200 NINLARO.....	81
<i>morphine sulfate er</i>	26	<i>nateglinide</i>	117 <i>nitazoxanide</i>	89
MOUNJARO.....	116	NAYZILAM.....	47 NITRO-BID.....	148
MOVANTIK.....	174	<i>nebivolol hcl</i>	136 <i>nitrofurantoin</i>	33
<i>moxifloxacin</i>	40,235	NECON.....	200 <i>nitrofurantoin mono-macro</i>	33
<i>moxifloxacin hcl</i>	40	<i>needles, insulin disp., safety</i>	253 <i>nitroglycerin</i>	148
MRESVIA.....	227	<i>nefazodone hcl</i>	55,56 <i>nitroglycerin patch</i>	148
MULTAQ.....	134	NEFFY.....	242 NITROSTAT.....	149
<i>multiple electrolytes t1</i>		NEO-POLYCIN.....	233 NIVESTYM.....	128
<i>ph5.5</i>	166	NEO-POLYCIN HC.....	233 <i>nizatidine</i>	176
<i>multiple electrolytes t1</i>		<i>neomycin sulfate</i>	31 NONSTEROIDAL ANTI-	
<i>ph7.4</i>	166	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	233 INFLAMMATORY DRUGS ..	24
MULTIPLE SCLEROSIS		<i>neomycin-bacitracin-</i>	NORA-BE.....	206
AGENTS.....	154	<i>polymyxin</i>	233 NORDITROPIN FLEXPRO	188
<i>mupirocin</i>	165	<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>norelgestromin-eth</i>	
MYALEPT.....	175	<i>dexameth</i>	233 <i>estradiol</i>	200
<i>mycophenolate mofetil</i>	223	<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>norethrin-eth estra-ferrous</i>	
<i>mycophenolic acid</i>	223	<i>gramicidin</i>	233 <i>fum</i>	200
MYFEMBREE.....	211	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	233,239 <i>norethindron-ethinyl</i>	
MYFORTIC.....	223	<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>estradiol</i>	200
MYHIBBIN.....	223	<i>hydrocort</i>	239 <i>norethindrone</i>	206
MYRBETRIQ.....	182,183	NEORAL.....	224 <i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	206
MYTESI.....	174	NERLYNX.....	81 <i>norethindrone acetate</i>	206
		NEUAC.....	158 <i>norethindrone-e.estradiol-</i>	
		NEULASTA.....	127 <i>iron</i>	201

<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	ODOMZO.....	81	OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING.....	27
NORTREL.....	201 OFEV.....	247	OPIOID DEPENDENCE.....	29
<i>nortriptyline hcl</i>	201 <i>ofloxacin</i>	40,235,239	OPIOID REVERSAL.....	
NORVIR.....	58 OGSIVIDEO.....	72	AGENTS.....	30
NOURIANZ.....	109 OJEMDA.....	81	OPIPZA.....	98
NOVOLIN 70-30.....	91 OJJAARA.....	81	OPSUMIT.....	245
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	122 <i>olanzapine</i>	98	OPSYNVI.....	245
NOVOLIN N.....	122 <i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	53	OPVEE.....	30
NOVOLIN N FLEXPEN	122 <i>olmesartan medoxomil</i>	132	ORAPRED ODT.....	186
NOVOLIN R.....	122 <i>olmesartan-</i>		ORENCIA.....	217
NOVOLIN R FLEXPEN	122 <i>hydrochlorothiazide</i>	142	ORENCIA CLICKJECT.....	217
NOVOLOG.....	123 OLUMIANT.....	217	ORENITRAM ER.....	245
NOVOLOG FLEXPEN	123 <i>omega-3 acid ethyl esters</i>	147	ORENITRAM MONTH 1	
NOVOLOG MIX 70-30.....	123 <i>omeprazole</i>	177	TITRATION KT.....	246
NOVOLOG MIX 70-30	OMNITROPE.....	188	ORENITRAM MONTH 2	
FLEXPEN.....	123 OMVOH.....	217	TITRATION KT.....	246
NOVOLOG PENFILL.....	123 OMVOH PEN.....	217	ORENITRAM MONTH 3	
NUBEQA.....	69 ONAPGO.....	91	TITRATION KT.....	246
NUCALA.....	249 <i>ondansetron hcl</i>	60	ORGOVYX.....	72
NUEDEXTA.....	153 <i>ondansetron odt</i>	60	ORIAHNN.....	211
NUPLAZID.....	98 ONGENTYS.....	91	ORKAMBI.....	243
NURTEC ODT.....	65 ONUREG.....	70	ORLADEYO.....	212
NUTRILIPID.....	171 OPHTHALMIC AGENTS.....	233	ORMALVI.....	179
NUTROPIN AQ NUSPIN.....	188 OPHTHALMIC AGENTS, <i>orphenadrine citrate er</i>	250	ORQUIDEA.....	
NUVARING.....	201 OTHER.....	233	ORSERDU.....	70
NYAMYC.....	201 AGENTS.....	234	<i>oseltamivir phosphate</i>	110
NYLIA.....	62 OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY		OTEZLA.....	163
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION.....	137 INFECTIVES.....	234	OTIC AGENTS.....	238
<i>nystatin</i>	62 OPHTHALMIC ANTI-		OTIC AGENTS.....	238
<i>nystatin-triamcinolone</i>	163 INFLAMMATORIES.....	235	<i>oxacillin</i>	37
NYSTOP.....	63 OPHTHALMIC BETA-		<i>oxacillin sodium</i>	37
NYVEPRIA.....	128 ADRENERGIC BLOCKING AGENTS.....	237	<i>oxazepam</i>	113
O	OPHTHALMIC INTRAOCULAR		<i>oxcarbazepine</i>	49
OCELLA.....	201 PRESSURE LOWERING		<i>oxiconazole nitrate</i>	165
OCTAGAM.....	213 AGENTS, OTHER.....	237	OXERVATE.....	233
<i>octreotide acetate</i>	211 OPIOID ANALGESICS, LONG-		<i>oxybutynin chloride</i>	183
ODACTRA.....	214 ACTING.....	26	<i>oxybutynin chloride er</i>	183
ODEFSEY.....	107		<i>oxycodone hcl</i>	27

oxycodone-acetaminophen	24	pentoxifylline	142	polymyxin b sul-	
oxymorphone hcl	28	perampanel	44	trimethoprim	235
oxymorphone hcl er	27	perindopril erbumine	133	polymyxin b sulfate	33
OZEMPI	117	permethrin	164	POMALYST	70
		perphenazine	94	PONVORY	156
		perphenazine-amitriptyline	53	PORTIA	201
P					
paliperidone er	99	PERSERIS	99	posaconazole	63
PALYNZIQ	179	PERSERIS ER 90 MG		POTASSIUM BINDERS	172
PANCREAZE	179	SYRINGE KIT	99	potassium chloride	166
PANRETIN	88	PERTZYE	180	potassium chloride in d5lr	170
pantoprazole sodium	177	phenelzine sulfate	53	potassium chloride proamp	167
PANZYGA	214	phenobarbital	47	potassium chloride-0.45%	
PARASYMPATHOMIMETICS	6	phenoxybenzamine hcl	131	nacl	167
	6	PHENYTEK	49	potassium chloride-0.9%	
paricalcitol	231	phenytoin	50	nacl	167
paroxetine hcl	56	phenytoin sodium extended	50	potassium chloride-dextrose	
PAXLOVID	111	PHOSPHODIESTERASE	5%		170
pazopanib hcl	81	INHIBITORS, AIRWAYS		potassium chloride-water	167
PEDIARIX	227	DISEASE	244	potassium citrate er	167
PEDICULICIDES/SCABICIDES		PIFELTRO	106	pramipexole dihydrochloride	91
164		pilocarpine hcl	157,233,238	prasugrel hcl	130
PEDVAXHIB	227	pimecrolimus	161	pravastatin sodium	145
peg 3350-electrolyte	175	pimozide	94	praziquantel	89
peg-3350 and electrolytes	175	PIMTREA	201	prazosin hcl	131
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c		pindolol	136	PRED MILD	237
	176	pioglitazone hcl	117	prednisolone	186
PEGASYS	220	piperacillin-tazobactam	38	prednisolone acetate	237
PEMAZYRE	82	PIQRAY	82	prednisolone sodium	
PENBRAYA VACCINE	227	pirfenidone	247	phosphate	186
penciclovir	111	piroxicam	25	prednisone	186
penicillamine	184	PLASMA-LYTE A	166	PREDNISONE INTENSOL	186
penicillin g potassium	38	PLASMA-LYTE A PH 7.4	166	pregabalin	47
penicillin g sodium	38	PLATELET MODIFYING		pregabalin er	153
penicillin gk-iso-osm dextrose		AGENTS	129	PREMARIN	192
	38	PLEGRIDY	156	PREMASOL	171
penicillin v potassium	38	PLEGRIDY PEN	156	PREMPHASE	201
PENMENVY MEN A-B-C-W-		PLENAMINE	180	PREMPRO	202
Y	227	pmdd fluoxetine 10mg tablet	56	prenatal vitamin with minerals	
PENTACEL VACCINE	227	pmdd fluoxetine 20mg tablet	56	and folic acid greater than 0.8	
pentamidine isethionate	90	podofilox	163	mg oral tablet	172
PENTASA	230	POLYCIN	235	PREVALITE	147

PREVYMIS	103	<i>pyridostigmine bromide</i>	66	RELEUKO	128
PREZCOBIX	109	<i>pyridostigmine bromide er</i>	66	RELISTOR	174
PREZISTA	109	<i>pyrimethamine</i>	90	<i>repaglinide</i>	117
PRIFTIN	67	PYRUKYND	180	REPATHA SURECLICK	147
<i>primaquine</i>	90	PYRUKYND 20 MG		REPATHA SYRINGE	147
<i>primidone</i>	47	TABLET	180	RESPIRATORY TRACT	
PRIORIX	227	PYRUKYND 5 MG TABLET	180	AGENTS, OTHER	247
PRIVIGEN	214	PYRUKYND 50 MG		RESPIRATORY	
<i>probenecid</i>	64	TABLET	180	TRACT/PULMONARY	
<i>probenecid-colchicine</i>	64			AGENTS	239
<i>prochlorperazine</i>	59	Q		RETACRIT	128
<i>prochlorperazine maleate</i>	59	QBREXZA	163	RETEVMO	82
PROCIT	128	QINLOCK	82	RETINOIDS	88
PROCTO-MED HC	161	QUADRACEL DTAP-IPV	227	REVCORI	180
PROCTOSOL-HC	161	<i>quetiapine fumarate</i>	99	REVUFORJ	72
PROCTOZONE-HC	161	<i>quetiapine fumarate er</i>	99	REXULTI	99
<i>progesterone</i>	206	<i>quinapril hcl</i>	133	REYATAZ	109
PROGESTINS	204	<i>quinidine gluconate</i>	134	REZDIFRA	208
PROGRAF	224	<i>quinidine sulfate</i>	134	REZLIDHIA	82
PROLASTIN C	180	<i>quinine sulfate</i>	90	REZUROCK	214
PROLIA	231	QUINOLONES	40	RHOPRESSA	238
<i>promethazine hcl</i>	59	QVAR REDIHALER	240	<i>ribavirin</i>	104
PROMETHEGAN	60			<i>rifabutin</i>	67
<i>propafenone hcl</i>	134	R		<i>rifampin</i>	67
<i>propafenone hcl er</i>	134	RABAVERT VACCINE	228	<i>riluzole</i>	149
<i>propranolol hcl</i>	136	<i>rabeprazole sodium</i>	177	<i>rimantadine hcl</i>	110
<i>propranolol hcl er</i>	136	RADICAVA ORS	149	RINVOQ	217
<i>propylthiouracil</i>	212	RALDESY	56	RINVOQ LQ	217
PROQUAD	227	<i>raloxifene hcl</i>	206	<i>risedronate sodium</i>	231,232
PROSOL	172	<i>ramelteon</i>	251	<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	
PROTECTANTS	176	<i>ramipril</i>	133	(dose pack of 12)	232
PROTON PUMP		<i>ranolazine er</i>	142	<i>risperidone</i>	100
INHIBITORS	177	<i>rasagiline mesylate</i>	92	<i>risperidone er</i>	100
<i>protriptyline hcl</i>	58	RAVICTI	180	<i>risperidone odt</i>	100
PRURADIK	164	RAYALDEE	231	<i>ritonavir</i>	109
PULMONARY		REBIF	156	<i>rivaroxaban</i>	125
ANTIHYPERTENSIVES	245	REBIF REBIDOSE	156	<i>rivastigmine</i>	51
PULMONARY FIBROSIS		RECLIPSEN	202	RIVELSA	202
AGENTS	247	RECOMBIVAX HB	228	RIVFLOZA	180,181
PULMOZYME	243	RECORLEV	211	<i>rizatriptan</i>	65
<i>pyrazinamide</i>	67	RELENZA	110	<i>roflumilast</i>	244

ROMVIMZA.....	82	<i>sildenafil citrate</i>	246	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	172
<i>ropinirole hcl</i>	92	SILIQ.....	217	<i>sodium sulfacetamide</i>	41
<i>rosuvastatin calcium</i>	145	SILVADENE.....	163	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	104
ROSYRAH.....	202	<i>silver sulfadiazine</i>	163	<i>solifenacin succinate</i>	183
ROTARIX.....	228	SIMLANDI(CF).....	224	SOGROYA.....	189
ROTATEQ.....	228	SIMLANDI(CF)		SOHONOS.....	232
ROZLYTREK.....	82,83	AUTOINJECTOR.....	224	<i>sorafenib</i>	83
RUBRACA.....	83	SIMPONI.....	224	<i>SOLTAMOX</i>	70
<i>rufinamide</i>	50	<i>simvastatin</i>	146	SOMAVERT.....	211
RUKOBIA.....	108	<i>sirolimus</i>	225	<i>SOTALOL AF</i>	135
RYBELSUS.....	117	SIRTURO.....	68	<i>sotalol</i>	135
RYDAPT.....	83	SIVEXTRO.....	33	<i>SKELETAL MUSCLE RELAXANTS</i>	250
				<i>SOTYKTU</i>	218
<i>sacubitril-valsartan</i>	143	<i>SKELETAL MUSCLE RELAXANTS</i>	250	<i>SOVALDI</i>	104
SAFYRAL.....	202	<i>SKYCLARYS</i>	153	<i>SPIRIVA RESPIMAT</i>	241
SAJAZIR.....	212	<i>SKYLA</i>	202	<i>spironolactone</i>	147
SANDIMMUNE.....	224	<i>SKYRIZI</i>	218	<i>spironolactone-hctz</i>	143
SANTYL.....	163	<i>SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY</i>	218	<i>SPRINTEC</i>	202
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	181	<i>SKYRIZI PEN</i>	217	<i>SPRITAM</i>	44
SAVELLA.....	154	<i>BODY</i>	218	<i>SPS</i>	172
SCEMBLIX.....	83	<i>SKYRIZI ON-BODY</i>	218	<i>SRONYX</i>	202
<i>scopolamine</i>	60	<i>SKYRIZI PEN</i>	217	<i>SSD</i>	163
SECUADO.....	100	<i>SKYTROFA</i>	188	<i>SSRIS/SNRIS (SELECTIVE</i>	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS.....	206	<i>SLEEP DISORDER AGENTS</i>	251	<i>SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)</i>	54
<i>selegiline hcl</i>	92	<i>SLEEP PROMOTING AGENTS</i>	251	<i>STELARA</i>	218
<i>selenium sulfide</i>	162	<i>SMOKING CESSATION AGENTS</i>	251	<i>STIMUFEND</i>	128
SELZENTRY.....	108	<i>STOOL</i>	30	<i>STIOLTO RESPIMAT</i>	249
SEREVENT DISKUS.....	242	<i>sod sulf-potass sulf-mag</i>	176	<i>STIVARGA</i>	83
SEROSTIM.....	176,188	<i>sulf</i>	176	<i>streptomycin sulfate</i>	31
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONISTS.....	65	<i>SODIUM CHANNEL AGENTS</i>	48	<i>STRIBILD</i>	105
<i>sertraline hcl</i>	56	<i>sodium chloride</i>	167	<i>STRIVERDI RESPIMAT</i>	242
SETLAKIN.....	202	<i>sodium chloride-water</i>	168	<i>SUBVENITE</i>	44
SHAROBEL.....	206	<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet</i>	168	<i>SUBVENITE (BLUE)</i>	44
SHINGRIX VACCINE.....	228	<i>sodium oxybate</i>	168	<i>SUBVENITE (GREEN)</i>	44
SIGNIFOR.....	211	<i>sodium phenylbutyrate</i>	181	<i>SUBVENITE (ORANGE)</i>	44
SIKLOS.....	181	<i>sucralfate</i>	176	<i>sulfacetamide sodium</i>	41,235
<i>sildenafil</i>	246				

<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	234	TALTZ 80 MG/ML	<i>theophylline anhydrous</i>	244	
<i>sulfadiazine</i>	41	SYRINGE	<i>theophylline er</i>	245	
<i>sulfamethoxazole</i>		TALTZ SYRINGE	<i>thioridazine hcl</i>	94	
<i>trimethoprim</i>	41	TALZENNA	<i>thiothixene</i>	94	
SULFAMYLON	165	<i>tamoxifen citrate</i>	70	THYQUIDITY	208
<i>sulfasalazine</i>	230	<i>tamsulosin hcl</i>	184	TIADYLT ER	139
<i>sulfasalazine dr</i>	230	TARINA 24 FE	202	<i>tiagabine hcl</i>	47
SULFONAMIDES	41	TARINA FE	202	TIBSOVO	84
<i>sulindac</i>	26	TARINA FE 1-20 EQ	202	TICOVAC	228
<i>sumatriptan</i>	65	TARPEYO	214	<i>tigecycline</i>	33
<i>sumatriptan succinate</i>	66	TASCENO ODT	156	TIGLUTIK 50 MG/10 ML	
<i>sunitinib malate</i>	83	TASIGNA	84	SUSP	149
SUNLENCA	108	<i>tasimelteon</i>	251	TILIA FE	203
SUPPLIES	252	TAVALISSE	130	<i>timolol maleate</i>	137,237
SUPPLIES	252	TAVNEOS	214	<i>tinidazole</i>	33
SUTAB	174	<i>tazarotene</i>	159	<i>tiopronin</i>	184
SYEDA	202	TAZICEF	36	<i>tiotropium bromide</i>	241
SYMDEKO	243	TAZVERIK	84	TIROSINT-SOL	208
SYMLINPEN 120	117	TEFLARO	36	TIVICAY	105
SYMLINPEN 60	117	<i>telmisartan</i>	132	TIVICAY PD	105
SYMPAZAN	47	<i>temazepam</i>	251	<i>tizanidine hcl</i>	102
SYMTUZA	109	TENIVAC	228	TOBI PODHALER	244
SYNAREL	211	<i>tenofovir disoproxil</i>		TOBRADEX	234
SYNJARDY	117	<i>fumarate</i>	103	<i>tobramycin</i>	235,244
SYNJARDY XR	117,118	TEPMETKO	72	<i>tobramycin sulfate</i>	31
SYNTHROID	208	<i>terazosin hcl</i>	131	<i>tobramycin-</i>	
		<i>terbinafine hcl</i>	63	<i>dexamethasone</i>	234
		<i>terconazole</i>	63	TOBREX	235
TABLOID	71	<i>teriflunomide</i>	156	<i>tolcapone</i>	91
TABRECTA	72	<i>teriparatide</i>	232	<i>tolterodine tartrate</i>	183
<i>tacrolimus</i>	162,225	<i>testosterone</i>	189	<i>tolterodine tartrate er</i>	183
<i>tadalafil</i>	184	<i>testosterone 10 mg gel</i>		<i>tolvaptan</i>	168
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	246	<i>pump</i>	190	TOPICAL ANTI-INFECTIVES	164
TADLIQ	246	<i>testosterone cypionate</i>	190	<i>topiramate</i>	44,45
TAFINLAR	84	<i>tetrabenazine</i>	153	<i>toremifene citrate</i>	70
TAGRISSO	84	<i>tetracycline hcl</i>	42	TORPENZ	85
TAKHZYRO	212	TETRACYCLINES	41	<i>torsemide</i>	144
TALTZ 80 MG/ML		<i>THALOMID</i>	70	TPN ELECTROLYTES	172
AUTOINJECTOR	218	<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	244	TRACLEER	246
				<i>tramadol hcl</i>	28

<i>trandolapril</i>	133	<i>trimipramine maleate</i>	58,59	<i>valsartan</i> -	
<i>tranexamic acid</i>	129	TRINTELLIX.....	56	<i>hydrochlorothiazide</i>	143
<i>tranylcypromine sulfate</i>	54	TRIUMEQ.....	107	VALTOCO.....	48
TRAVASOL.....	172	TRIUMEQ PD.....	107	VALTYA.....	203
<i>travoprost</i>	238	TROPHAMINE.....	172	<i>vancomycin hcl</i>	33,34
<i>trazodone hcl</i>	56	<i>trospium chloride</i>	183	VANFLYTA.....	85
TREATMENT ADJUNCTS.....	88	<i>trospium chloride er</i>	183	VANRAFIA.....	143
TREATMENT-RESISTANT.....	101	TRULANCE.....	174	VAQTA.....	228
TRELEGY ELLIPTA.....	249	TRULICITY.....	118	<i>varenicline tartrate</i>	30
TRELSTAR.....	211	TRUMENBA.....	228	VARIVAX VACCINE.....	229
TREMFYA.....	218	TRUQAP.....	85	VASODILATORS, DIRECT-	
TREMFYA 100 MG/ML		TRYNGOLZA.....	147	ACTING ARTERIAL.....	148
PEN.....	218	TUKYSA.....	85	VASODILATORS, DIRECT-	
TREMFYA PEN.....	218	TURALIO.....	85	ACTING	
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN).....	219	TURQOZ.....	203	ARTERIAL/VENOUS.....	148
<i>tretinoin</i>	88,159	TWINRIX.....	228	VAXCHORA VACCINE.....	229
TRI-ESTARYLLA.....	203	TYMLOS.....	232	VELSIPITY.....	176
TRI-LEGEST FE.....	203	TYPHIM VI.....	228	VEMLIDY.....	103
TRI-LO-ESTARYLLA.....	203	TYRVAYA.....	234	VENCLEXTA.....	85
TRI-LO-SPRINTEC.....	203	TYVASO DPI.....	246	VENCLEXTA 10 MG TABLET.....	85
TRI-MILI.....	203	U		VENCLEXTA STARTING	
TRI-SPRINTEC.....	203	UBRELVY.....	65	PACK.....	85
TRI-VYLIBRA.....	203	UDENYCA.....	129	<i>venlafaxine besylate er</i>	57
TRI-VYLIBRA LO.....	203	UDENYCA		<i>venlafaxine hcl</i>	57
<i>triamcinolone acetonide</i>	157,162	AUTOINJECTOR.....	129	<i>venlafaxine hcl er</i>	57
triamterene-hydrochlorothiazide.....	143	UNITHROID.....	209	VENXXIVA.....	184
<i>triazolam</i>	251	UPTRAVI.....	247	VEOZAH.....	153
TRICYCLICS.....	57	ursodiol.....	176	verapamil er.....	139
TRIDACAINЕ.....	28	UZEDY.....	100	verapamil er pm.....	139
TRIDACAINЕ II.....	28	V		verapamil hcl.....	139
TRIDERM.....	162	VABOMERE.....	39	verapamil sr.....	139
<i>trientine hcl</i>	169	VACCINES.....	225	VERQUVO.....	143
<i>trifluoperazine hcl</i>	94	valacyclovir.....	111	VERSACLOZ.....	102
<i>trifluridine</i>	235	VALCHLOR.....	163	VERZENIO.....	86
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	90	valganciclovir hcl.....	103	VESTURA.....	203
TRIKAFTA.....	244	valproic acid.....	45	VIBERZI.....	174
<i>trimethobenzamide hcl</i>	60	valsartan.....	132	VIENVA.....	203
<i>trimethoprim</i>	33			vigabatrin.....	48
				VIGADRONE.....	48

VIGAFYDE	48	WIXELA INHUB	250	ZARXIO	129
VIGPODER	48	WYMZYA FE	204	ZAVZPRET	65
VIJOICE	86			ZEGALOGUE	
<i>vilazodone hcl</i>	57	X		AUTOINJECTOR	119
VIMKUNYA	229	XALKORI	87	ZEGALOGUE SYRINGE	119
VIOKACE	181	XARAH FE	204	ZEJULA	87
VIRACEPT	109	XARELTO	126	ZELBORAF	88
VIREAD	103	XATMEP	225	ZEMAIRA	181
VITRAKVI	86	XCOPRI	50	ZENATANE	159
VIVITROL	29	XDEMVY	235	ZENPEP	182
VIVOTIF	229	XELJANZ	219	ZEPATIER	104
VIZIMPRO	86	XELJANZ XR	219	ZEPOSIA	157
VONJO	86	XELRIA FE	204	ZERBAXA	36
VORANIGO	86	XERMELO	175	<i>zidovudine</i>	108
<i>voriconazole</i>	63	XGEVA	232	ZIEXTENZO	129
<i>voriconazole 200 mg vial</i>	63	XIFAXAN	34	ZILBRYSQ	219
VOSEVI	104	XIGDUO XR	118	<i>ziprasidone hcl</i>	101
VOWST	176	XXIIDRA	234	<i>ziprasidone mesylate</i>	101
VOYDEYA	214	XOFLUZA	110	ZIRGAN	235
VRAYLAR	101	XOLAIR	219	ZOLINZA	72
VTAMA	163	XOLREMDI	129	<i>zolmitriptan</i>	66
VUMERITY	156	XOSPATA	87	<i>zolmitriptan odt</i>	66
VYFEMLA	203	XPOVIO	87	<i>zolpidem tartrate</i>	251
VYKAT XR	119	XROMI	181	<i>zolpidem tartrate er</i>	251
VYLIBRA	204	XTANDI	69	ZOMACTON	189
VYNDAMAX	181	XULANE	204	ZONISADE	50
VYNDAQEL	181	XYWAV	252	<i>zonisamide</i>	50
VYVGART HYTRULO	67			ZORTRESS	225
W		Y		ZORYVE	164
WAINUA	181	YARGESA	181	ZOVIA 1-35	204
WAKEFULNESS PROMOTING		YASMIN 28	204	ZTALMY	48
AGENTS	251	YAZ	204	ZURZUVAE	53
<i>warfarin sodium</i>	125	YF-VAX	229	ZYDELIG	88
WEGOVY	143	YORVIPATH	232		
WELIREG	181	YUVAFEM	193		
WESNATAL DHA					
COMPLETE	172	Z			
WINREVAIR (2 PACK)	249	ZAFEMY	204		
WINREVAIR 45 MG VIAL	250	<i>zafirlukast</i>	240		
WINREVAIR 60 MG VIAL	250	<i>zaleplon</i>	251		

CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스부

방법	고객 서비스부 – 연락처 정보
전화	1-877-412-2734 통화는 무료입니다. CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스부는 주 7 일, 24 시간 연락하실 수 있습니다. CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스는 영어가 주 언어가 아닌 사람들을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 통화는 무료입니다. 고객 서비스부는 주 7 일, 24 시간 연락하실 수 있습니다.
팩스	1-714-246-8711
서면	CalOptima Health OneCare Complete Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
이메일	OneCareCS@caloptima.org
웹사이트	www.caloptima.org/Onecare