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

2025 년 보장 약물 목록 (포뮤러리)

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

이 약물 목록은 10/17/2025 에 업데이트 되었습니다.

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

H5433-001_25PD001TK_C

Formulary ID: 25516, Version Number: 32

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

서문

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

차례

٩.	면책	조항	4
3.	자주	^두 묻는 질문(FAQ)	11
	B1.	<i>보장 약 목록</i> 에는 어떤 처방약들이 있습니까? (<i>보장 약물 목록</i> 을 줄여서 " <i>약물 목록</i> " 이라고 합니다.)	11
	B2.	<i>약물 목록</i> 은 변경됩니까?	12
	B3.	<i>약물 목록</i> 이 변경되면 어떻게 됩니까?	12
	B4.	약물 보장을 위한 제한 또는 한도 또는 특정 약물을 받기위해 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 Complete 에서 일부 약물을 보장하는 방법에 대한 규칙(예: 사전 승인, 수량 한도 및/또는 단계 요법 제한)을 변경하면 어떻게 됩니까?	. 14
	B7.	<i>약물 목록</i> 에서 약을 어떻게 찾을 수 있습니까?	. 15
	B8.	복용하려는 약이 <i>약물 목록</i> 에 없다면 어떻게 합니까?	. 15
	B9.	CalOptima Health OneCare Complete 의 신규 회원으로서 <i>약물 목록</i> 에서 약을 찾을 수 없거나 약을 조제받는 데 어려움이 있으면 어떻게 합니까?	15
	B10). 약을 보장하도록 예외를 요청할 수 있습니까?	17
	B11	. 예외 신청은 어떻게 할 수 있습니까?	17
	B12	2. 예외 적용을 받기까지 얼마나 걸립니까?	17

	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
С.	보장 약 목록 개요	. 20
	C1. 의료 증상별 <i>약물 목록</i>	. 21
Э.	보장 약물 색인	.l-1

A. 면책조항

이것은 CalOptima Health OneCare Complete 에서 회원에게 보장되는 약물 목록입니다.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 과 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare Complete 에 가입은 계약 갱신 여부에 달렸습니다. CalOptima Health OneCare 는 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 7 일 24 시간 전화하십시오. www.caloptima.org/OneCare 를 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 가용성 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 2734-412-1-1. (TTY 711) توفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ (TTY 711) 412-2734-1 . هذه الخدمات مجانبة.

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 անվձար են։

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-412-2734

(TTY **711**) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៍អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734** (TTY **711**) ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

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。

<u>繁體中文 (Traditional Chinese)</u>

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。

فارسى (Farsi)

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

ગુજરાતી (Gujarati)

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

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

हिंदी (Hindi)

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

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734**

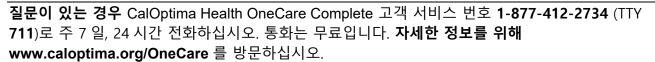
(TTY **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-877-412-2734** (TTY **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-877-412-2734 (TTY 711) へお電話ください。

点字の資料や文字

の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意していま



す。1-877-412-2734 (TTY 711)

へお**電話**ください。これらのサ**ー**ビスは**無料で提供**しています。

한국어 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-877-412-2734 (TTY 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-877-412-2734 (TTY 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

<u>ພາສາລາວ (Laotian)</u>

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

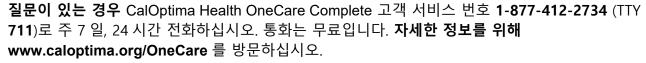
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-412-2734 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

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



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.

<u>ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)</u>

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 ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ 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, ajutoare 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 ТТҮ 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 ТТҮ 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.



Español (Spanish)

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

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734**

(TTY **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)

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

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



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 (ТТҮ 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 (ТТҮ 711). Ці послуги безкоштовні.

اردو (Urdu)

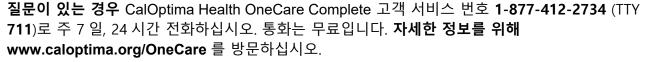
توجہ: اگر آپکو اپنی زبان میں مدد کی ضرورت ہے توکال کریں 1-877-412-2734 (TTY 711) معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات ، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال 2734-412-1-1-1 (TTY 711). یہ خدمات مفت ہیں۔

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:



- 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.

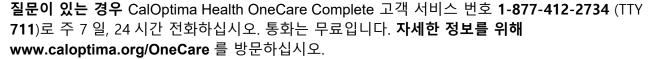
B1. *보장 약물 목록*에는 어떤 처방약들이 있습니까? (*보장 약물 목록*을 줄여서 "*약물* 목록"이라고 합니다.)

섹션 C1 에서 시작하는 *보장 약물 목록*의 약물은 CalOptima Health OneCare Complete 에서 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 특정비타민 등 약물은 Medi-Cal Rx 에서 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 고객서비스로 전화하실 수 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC)를 지참하십시오.

- CalOptima Health OneCare Complete 는 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 Complete 는 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/OneCare 에서 확인하시거나 고객 서비스 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7 일 24 시간 전화하실 수도 있습니다.



B2. *약물 목록*은 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 B4를 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 목록*이 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 목록*을 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.

- 저희가 추가하는 약물은 다음과 같은 경우에만 이러한 변경을 할 수 있습니다:
 - 브랜드 약물의 새 일반 약물인 경우 또는
 - *약물 목록*에 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 B14 를 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 목록*에 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 목록*에 있는 브랜드 약품을 교체하고 일반 약품을 추가하는 경우 또는
- 현재 *약물 목록*에 있는 원래 생물학적 제품을 대체하기 위해 새로운 바이오시밀러를 추가는 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:

- 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 약물은 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 목록*에 대신 복용할 수 있는 유사한 약물이 있는지 또는 예외를 요청할 것인지 여부를 결정을 하는데 도와 드릴 수 있습니다. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하십시오.

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

의학적 증상에 따른 *약물 목록*의 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 목록*에 있는 약물에 대한 저희 규정이 변경될 때 사전에 알려드릴 수 없는 상황에 대한 자세한 내용은 질문 B3을 참조하십시오.

B7. 약물 목록에서 약물을 어떻게 찾을 수 있습니까?

약물을 찾는 두가지 방법이 있습니다:

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

알파벳순으로 검색하려면 보장 의약물 색인 섹션에서 귀하의 의약물을 찾으십시오. I-1 페이지부터 찾을 수 있습니다. 색인은 이 문서에 포함된 모든 약물의 알파벳순 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 목록*에 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 Complete 에서 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 Complete 에 보장 규칙에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

B9. CalOptima Health OneCare Complete 의 신규 회원으로서, *약물 목록*에서 약을 찾을 수 없거나 약을 조제받는 데 어려움이 있으면 어떻게 합니까?

저희가 도와 드릴 수 있습니다. CalOptima Health OneCare Complete 에 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**

- 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* 목록에 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.

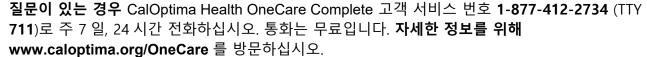
요양원 또는 기타 장기요양시설에서 거주하고 계시고, 약 목록에 없는 약이 필요하거나 필요한 약을 쉽게 구할 수 없다면, 저희가 도와드릴 수 있습니다. 플랜에 90 일 이상 가입되어 있었고, 장기요양시설에서 거주하며, 즉시 공급이 필요한 경우:

- 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 목록에 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



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 목록*에 없는 약을 보장하도록 CalOptima Health OneCare Complete 에게 예외를 요청할 수 있습니다

또한, 귀하의 약에 대한 규칙을 변경하도록 요청할 수 있습니다.

- 예로 CalOptima Health OneCare Complete 는 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 안내서*의 **제 9 장** 섹션 G2 에서 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.

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 안내서*의 **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.

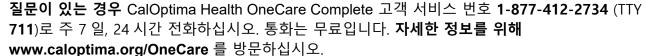
어떤 OTC 약물이 보장되는지 알아보려면 CalOptima Health OneCare Complete 회원 안내서의 4 장을 읽어보십시오.

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 목록*을 보시면 보장되는 OTC 약물을 확인할 수 있습니다.



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

• 100 일 소매 약국 프로그램. 일부 소매 약국은 최대한 100 일양의 보장 처방약을 제공할 수 있습 니다. 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 목록*에 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.

C. 보장 약물 목록 개요

다음의 보장 약물 목록은 CalOptima Health OneCare Complete 가 보장하는 약에 대한 정보를 제공합니다. 목록에 있는 귀하의 약을 찾기 어려우시면, 섹션 I-1 부터 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 를통해 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 7일, 24시간 전화하십시오.
- 회원 안내서의 제 9 장에서 항소 제기 방법에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.
- 파트 D 약물이 아닌 약물의 경우 항소에 대한 규칙이 다릅니다.

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 Complete 로부터 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 D 에 따른 지급 대상일 수 있습니다. 귀하(또는 담당 의사)는 이 약에 대한 처방전을 조제하기 전에 이 약이 Medicare 파트 D 에 따라 보장이 되는지를 판단하기 위해 CalOptima Health OneCare Complete 로부터 사전 승인을 받아야 합니다. 사전 승인 없이는 CalOptima Health OneCare Complete 는 여 약을 보장하지 않을 수 있습니다.	
PA NSO	신규 회원이거나 이전에 이 약을 복용한 적이 없는 경우, 귀하(또는 담당 의사)는 이약에 대한 처방전을 조제하기 전에 CalOptima Health OneCare Complete 로부터 사전승인을 받아야 합니다. 사전 승인 없이는 CalOptima Health OneCare Complete 는 이약을 보장하지 않을 수 있습니다.	
QL	CalOptima Health OneCare Complete 는 처방전마다 또는 특정 기간 내에 보장되는 이약의 양을 제한합니다.	
ST	CalOptima Health OneCare Complete 에서 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.	

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 Complete 에 귀하의 의약물 보장에 대한 규칙이 있는지 알려줍니다.

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		
acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days), PA NSO
butalbital-acetaminophen- caffeine 50-325-40 mg tablet	\$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)
hydrocodone-acetamin 10- 325/15	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 10-325mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 5- 325mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 23 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANALGESICS		
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5-325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophn 7.5-325)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY	/ DRUGS	
celecoxib (100 mg capsule, 400 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
celecoxib (50 mg capsule, 200 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
diclofenac 2% solution pump	\$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
diclofenac epolamine 1.3% ptch	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
diclofenac pot 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
diclofenac sod er 100 mg tab	\$0 (Tier 1)	
diclofenac sodium (dr 25 mg tab, dr 50 mg tab, dr 75 mg tab, ec 25 mg tab, ec 50 mg tab, ec 75 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 24 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANALGESICS		
ec-naproxen (dr 375 mg tablet, dr 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
IBU (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
ibuprofen (100 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
indomethacin (25 mg capsule, 50 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
meloxicam (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
nabumetone (500 mg tablet, 750 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
naproxen (125 mg/5 ml suspen, 250 mg tablet, 375 mg tablet, dr 375 mg tablet, 500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
piroxicam (10 mg capsule, 20 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 25 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANALGESICS		
sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
fentanyl (12 patch, 25 patch, 50 patch, 75 patch, 100 patch)	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 30 days)
levorphanol tartrate (2 mg tablet, 3 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
methadone hcl (5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
morphine sulfate er (sulf er 100 mg tablet, sulf er 200 mg tablet, sulfate er 100 mg cap, sulfate er 120 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
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)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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		
oxymorphone hcl er (er 5 mg tablet, er 10 mg tab, er 15 mg tab, er 20 mg tab, er 30 mg tab, er 40 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
oxymorphone hcl er 7.5 mg tab	\$0 (Tier 1)	
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 8 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
meperidine hcl (25 mg/ml vial, 50 mg/5 ml solution, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml vial)	\$0 (Tier 1)	PA
morphine sulfate (sulf 10 mg/5 ml cup, sulf 10 mg/5 ml soln, sulf 20 mg/5 ml soln, sulf 100 mg/5 ml conc, sulfate ir 15 mg tab, sulfate ir 30 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
oxycodone hcl ((ir) 5 mg cap, (ir) 5 mg tablet, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml cup, 5 mg/5 ml soln, (ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, 15 mg tablet, (ir) 20 mg tab, 20 mg tablet, (ir) 30 mg tab, 30 mg tablet, 100 mg/5 ml conc)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 27 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANALGESICS		
oxymorphone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
tramadol hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
tramadol hcl 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANESTHETICS		
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine 5% patch	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
lidocaine hcl 4% solution	\$0 (Tier 1)	
lidocaine hcl viscous (2% 15 ml cup, 2% soln)	\$0 (Tier 1)	
lidocaine-prilocaine cream	\$0 (Tier 1)	
TRIDACAINE 5% PATCH	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
TRIDACAINE II 5% PATCH	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 28 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREAT	TMENT AGENTS	
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVIN	IG	
acamprosate calc dr 333 mg tab	\$0 (Tier 1)	
disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
naltrexone 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
OPIOID DEPENDENCE		
buprenorphine hcl (2 mg tablet, 8 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone (buprenorphin-naloxon 8-2 mg sl, buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm, buprenorphine-nalox 2- 0.5mg tb, buprenorphine-nalox 4-1mg film, buprenorphine-nalox 8-2 mg tab, buprenorphine-nalox 8-2mg film, buprenorphine-nalox 12-3mg flm, buprenorphn-naloxn 2-0.5 mg sl)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
lofexidine 0.18 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 29 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREAT	TMENT AGENTS		
OPIOID REVERSAL AGENTS	OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)	
naloxone hcl (0.4 mg/ml carpuject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)		
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)	
SMOKING CESSATION AGENTS			
bupropion hcl sr 150 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)	
varenicline starting month box	\$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)	
varenicline tartrate (apo- varenicline 0.5 mg tablet, apo- varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 30 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
AMINOGLYCOSIDES		
amikacin sulf 500 mg/2 ml vial	\$0 (Tier 1)	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (252 per 30 days)
gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
gentamicin sulfate in ns (60 mg/ns 50 ml pb, iso 100 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, 80 mg/ns 100 ml pb, 80 mg/ns 50 ml pb, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml, 100 mg/ns 100 ml)	\$0 (Tier 1)	
neomycin 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
streptomycin sulf 1 gm vial	\$0 (Tier 1)	
tobramycin sulfate (1.2 gm vial, 1.2 gram/30 ml vial, 10 mg/ml vial, 20 mg/2 ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
aztreonam (1 gm vial, 2 gm vial)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 31 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml	\$0 (Tier 1)	
clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
clindamycin pediatr 75 mg/5 ml	\$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl)	\$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml-d5w)	\$0 (Tier 1)	
colistimethate 150 mg vial	\$0 (Tier 1)	
DALVANCE 500 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
fosfomycin 3 gm sachet	\$0 (Tier 1)	
linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
linezolid 600 mg/300 ml-d5w	\$0 (Tier 1)	PA

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
ANTIBACTE	RIALS		
	metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel, vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)	\$0 (Tier 1)	
	nitrofurantoin (25 mg/5 ml susp, mcr 25 mg cap, mcr 50 mg cap, mcr 100 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
	nitrofurantoin mono-mcr 100 mg	\$0 (Tier 1)	
	polymyxin b sulfate vial	\$0 (Tier 1)	
	SIVEXTRO (200 MG TABLET, 200 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (6 per 30 days)
	SOLOSEC 2 GM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 2)	PA
	tigecycline 50 mg vial	\$0 (Tier 1)	PA
	tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	trimethoprim 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
	vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg a-v vial, 500 mg add-van vial, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 33 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
vancomycin hcl 125 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (160 per 30 days)
XIFAXAN (200 MG TABLET, 550 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
AVYCAZ 2.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
cefadroxil (1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	
cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
cefdinir (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)	\$0 (Tier 1)	
cefixime (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 34 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTE	RIALS		
	cefotetan (1 gm vial, 2 gm vial)	\$0 (Tier 1)	
	cefoxitin (1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial)	\$0 (Tier 1)	
	cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)	\$0 (Tier 1)	
	ceftriaxone (1 gm add-vant vial, 1 gm vial, 2 gm add vial, 2 gm vial, 10 gm vial, 100 gram bulk bag, 250 mg vial, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
	cefuroxime (250 mg tab, 500 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
	cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
	cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 35 LAST UPDATED: 10/2025

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		
amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ampicillin 500 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
ampicillin sodium (1 gm add- vantage vl, 1 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 36 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 37 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
penicillin g na 5 million unit	\$0 (Tier 1)	
penicillin g potassium (5 million, 20 million)	\$0 (Tier 1)	
penicillin gk-iso-osm dextrose (pen g 2 million unit/50 ml, pen g 3 million unit/50 ml)	\$0 (Tier 1)	
penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
piperacillin-tazobactam (piperacil-tazo 2.25 gm add vl, piperacil-tazo 3.375 gm add vl, piperacil-tazo 4.5 gm add vial, piperacil-tazobact 2.25 gm vl, piperacil-tazobact 3.375 gm vl, piperacil-tazobact 4.5 gm vial, piperacil-tazobact 13.5 gm vl, piperacil-tazobact 40.5 gram)	\$0 (Tier 1)	
CARBAPENEMS		
ertapenem 1 gram vial	\$0 (Tier 1)	
imipenem-cilastatin sodium (250 mg vl, 500 mg vl)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 38 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
MACROLIDES		
azithromycin (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 250 mg tablet (dose pack)	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 500 mg tablet (dose pack)	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DIFICID 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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 39 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
QUINOLONES		
BAXDELA (300 MG VIAL, 450 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 14 days)
ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w	\$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin hcl 250 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
levofloxacin-d5w (500 mg/100 ml-d5w, 750 mg/150 ml-d5w)	\$0 (Tier 1)	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag	\$0 (Tier 1)	
moxifloxacin hcl 400 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ofloxacin (300 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

기계인 경도를 귀에, 접시에는 www.caloptilla.org/orlecale을 공단이답시도.

Formulary ID: 25516, Version: 32 40 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
SULFONAMIDES		
sodium sulfacetamide 10% lot	\$0 (Tier 1)	
sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)	\$0 (Tier 1)	
sulfadiazine 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)	\$0 (Tier 1)	
TETRACYCLINES		
demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
DOXY 100 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	
doxycycline hyclate (hyc 100 mg vial, hyclate 100 mg cap, hyclate 100 mg tab, hyclate 100 mg vl)	\$0 (Tier 1)	
doxycycline monohydrate (25 mg/5 ml susp, mono 50 mg tablet, mono 75 mg tablet, mono 100 mg cap, mono 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 41 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIBACTERIALS		
minocycline hcl (50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
ANTICONVULSANTS, OTHER		
BRIVIACT (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	QL (600 per 30 days), PA NSO
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
divalproex sodium (dr 125 mg cap sprnk, sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 42 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA NSO
felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)	\$0 (Tier 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (680 per 28 days)
lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
lamotrigine tab start kit-blue	\$0 (Tier 1)	
lamotrigine tab start kt-green	\$0 (Tier 1)	
lamotrigine tab start kt-orang	\$0 (Tier 1)	
levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg 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)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 43 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용	필요한 조치, 제한 또는 사용
· · · ·	부담 (계층 수준)	제한
ANTICONVULSANTS		
levetiracetam er 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
levetiracetam er 750 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
perampanel 2 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
perampanel 4 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
perampanel 6 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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)	
topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 44 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
topiramate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
topiramate 25 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	PA NSO
valproic acid (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml cup, 500 mg/10 ml sol)	\$0 (Tier 1)	
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml soln)	\$0 (Tier 1)	
methsuximide 300 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA)	MODULATING AGE	NTS
clobazam (2.5 mg/ml suspension, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
clonazepam (0.25 mg odt, 2 mg odt)	\$0 (Tier 1)	
clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 45 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
clonazepam 0.125 mg odt	\$0 (Tier 1)	
clonazepam 0.5 mg odt	\$0 (Tier 1)	
clonazepam 1 mg odt	\$0 (Tier 1)	
clonazepam 2 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
diazepam (2.5 mg rectal gel 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))	\$0 (Tier 1)	
gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)
gabapentin 400 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
gabapentin 800 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 46 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVUL	SANTS		
	NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO
	phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
	pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
	pregabalin 20 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)
	primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
	tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 47 LAST UPDATED: 10/2025

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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 48 LAST UPDATED: 10/2025

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)	
eslicarbazepine 800 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet, 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5 ml cup, 100 mg/10 ml cup, 150 mg/15 ml cup, 200 mg/20 ml cup)	\$0 (Tier 1)	
lacosamide (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 49 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTICONVULSANTS		
phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	
phenytoin sod ext 100 mg cap	\$0 (Tier 1)	
rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50- 100 MG PAK, 150-200 MG PK)	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
XCOPRI (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (250 MG DAILY PACK, 350 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (900 per 30 days), PA NSO
zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 50 LAST UPDATED: 10/2025

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)
donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
galantamine 4 mg/ml oral soln	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
galantamine er 24 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
memantine hcl (2 mg/ml solution, 10 mg/5 ml cup)	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 51 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEMENTIA AGENTS		
memantine hcl (5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet)	n \$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 2 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
memantine hcl er 7 mg capsule	\$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		
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
bupropion hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
bupropion hcl 75 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
bupropion xl (150 mg tablet, 30 mg tablet)	0 \$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 52 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg, 12-25 mg, 12-50 mg)	\$0 (Tier 1)	
perphenazine-amitriptyline (2 mg-10 mg tab, 2 mg-25 mg tab, 4 mg-10 mg tab, 4 mg-25 mg tab, 4 mg-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
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		
EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
MARPLAN 10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
phenelzine sulfate 15 mg tab	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 53 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
tranylcypromine sulf 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBIT		ITOR/SEROTONIN AND
citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
desvenlafaxine er (er 50 mg tab, er 50 mg tablet)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
desvenlafaxine er 100 mg tab	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
desvenlafaxine succnt er 100mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 30 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 54 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
escitalopram oxalate (oxala mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)	\$() (Lier 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 TITRA PAK	ATION \$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
fluoxetine hcl (10 mg capsumg tablet, 40 mg capsule)	<i>ule, 10</i> \$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
fluoxetine hcl (20 mg capsumg tablet)	<i>ule, 20</i> \$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
fluoxetine hcl (20 mg/5 ml scup, 20 mg/5 ml solution)	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
fluvoxamine maleate (25 m 50 mg tab)	ng tab, \$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
fluvoxamine maleate 100 n	ng tab \$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
nefazodone hcl (50 mg tabl 100 mg tablet, 200 mg tabl 250 mg tablet)		QL (60 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 55 LAST UPDATED: 10/2025

OF OLE	본인 약물 비용	필요한 조치, 제한 또는 사용
약 이름	부담 (계층 수준)	제한
ANTIDEPRESSANTS		
nefazodone hcl 150 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
paroxetine hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp	\$0 (Tier 1)	PA NSO
paroxetine hcl 30 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
pmdd fluoxetine 10mg tablet	\$0 (Tier 1)	
pmdd fluoxetine 20mg tablet	\$0 (Tier 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA NSO
sertraline 20 mg/ml oral conc	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
sertraline hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 56 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
venlafaxine bes er 112.5 mg tb	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
venlafaxine hcl er 150 mg tab	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TRICYCLICS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 57 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
nortriptyline hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg cap, 20 mg/10 ml soln, hcl 25 mg cap, hcl 50 mg cap, hcl 75 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 58 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIDEPRESSANTS		
trimipramine maleate 100 mg cp	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIEMETICS		
ANTIEMETICS, OTHER		
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA, QL (9.8 per 28 days)
meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)	\$0 (Tier 1)	
prochlorperazine 25 mg supp	\$0 (Tier 1)	
prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)	\$0 (Tier 1)	
promethazine hcl (6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 59 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIEMETICS		
PROMETHEGAN (25 MG, 50 MG)	\$0 (Tier 1)	
scopolamine 1 mg/3 day patch	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
trimethobenzamide 300 mg cap	\$0 (Tier 1)	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
aprepitant (80 mg capsule, 125 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 30 days)
aprepitant 125-80-80 mg pack	\$0 (Tier 1)	PA
aprepitant 40 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA
granisetron hcl 1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
ondansetron hcl (4 mg tablet, 8 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution)	\$0 (Tier 1)	
ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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		
amphotericin b 50 mg vial	\$0 (Tier 1)	PA
amphotericin b liposome 50 mg	\$0 (Tier 1)	PA
caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)	\$0 (Tier 1)	PA
clotrimazole (1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)	\$0 (Tier 1)	
ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
fluconazole 150 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)	\$0 (Tier 1)	
fluconazole-ns 200 mg/100 ml	\$0 (Tier 1)	
flucytosine (250 mg capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 61 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIFUNG	ALS		
	griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
	griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
	itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule, 100 mg/10 ml cup)	\$0 (Tier 1)	
	ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWD	\$0 (Tier 1)	
	micafungin (50 mg vial, 100 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
	miconazole 3 200 mg vag supp	\$0 (Tier 1)	
	NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
	nystatin (100,000 unit/gm cream, 100,000 unit/gm oint, 100,000 unit/gm powd, 100,000 unit/ml susp, 500,000 unit oral tab, 500,000 unit/5 ml cup, 500,000 unit/5 ml sus)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 62 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIFUNGALS		
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
posaconazole (dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	PA
terbinafine hcl 250 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)	\$0 (Tier 1)	
voriconazole (40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
voriconazole 200 mg vial	\$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIGOUT AGENTS		
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 63 LAST UPDATED: 10/2025

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)
probenecid 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
probenecid-colchicine tablet	\$0 (Tier 1)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIMIGRAINE AGENTS		
ANTIMIGRAINE AGENTS		
ELYXYB 120 MG/4.8 ML	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28.8 per 6 days)

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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 64 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한		
ANTIMIGRAINE AGENTS	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				
dihydroergotamine 4 mg/ml spry	\$0 (Tier 1)	PA		
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)		
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGON	ISTS			
naratriptan 1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)		
naratriptan 2.5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)		
rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)		
sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)		

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 65 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIMIGRA	AINE AGENTS		
	sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
	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)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
	zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
	zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIMYAS [*]	THENIC AGENTS		
PARA	ASYMPATHOMIMETICS		

\$0 (Tier 1)

\$0 (Tier 1)

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

pyridostigmine bromide (br 30 mg tablet, 60 mg/5 ml cup, 60

mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)

pyridostigmine er 180 mg tab

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 66 LAST UPDATED: 10/2025

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)
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIMYCOBACTERIALS		
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
rifabutin 150 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
ANTITUBERCULARS		
ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
PRIFTIN 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
pyrazinamide 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 67 LAST UPDATED: 10/2025

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	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
ANTINEOPLASTICS			
ALKYLATING AGENTS			
cyclophosphamide (25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet)	\$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			
abiraterone acetate 250 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO	
abiraterone acetate 500 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 68 LAST UPDATED: 10/2025

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
bicalutamide 50 mg tablet	\$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
nilutamide 150 mg tablet	\$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		
lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	LA, PA NSO

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 69 LAST UPDATED: 10/2025

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)		
tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)		
toremifene citrate 60 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA NSO	
ANTIMETABOLITES			
mercaptopurine (20 mg/ml suspen, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)		
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA NSO	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 70 LAST UPDATED: 10/2025

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	
hydroxyurea 500 mg capsule	\$0 (Tier 1)		
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 28 days), PA NSO	
IWILFIN 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	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 71 LAST UPDATED: 10/2025

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			
anastrozole 1 mg tablet	\$0 (Tier 1)		

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		
exemestane 25 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
letrozole 2.5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 73 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 74 LAST UPDATED: 10/2025

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
dasatinib (20 mg tablet, 50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
dasatinib 70 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 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)	
erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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
gefitinib 250 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 76 LAST UPDATED: 10/2025

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
imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)	\$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

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 78 LAST UPDATED: 10/2025

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
lapatinib 250 mg tablet	\$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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 79 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 80 LAST UPDATED: 10/2025

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
pazopanib hcl 200 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 81 LAST UPDATED: 10/2025

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

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
sorafenib 200 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 83 LAST UPDATED: 10/2025

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 CAPSULE, 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

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 85 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 86 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 87 LAST UPDATED: 10/2025

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		
bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	\$0 (Tier 2)	
tretinoin 10 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
TREATMENT ADJUNCTS		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
mesna 400 mg tablet	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 88 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPARASITICS		
ANTHELMINTHICS		
albendazole 200 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
ivermectin 3 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
praziquantel 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
ANTIPROTOZOALS		
atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)	\$0 (Tier 1)	PA
atovaquone-proguanil hcl (62.5- 25, 250-100)	\$0 (Tier 1)	
chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 3 days)
hydroxychloroquine 200 mg tab	\$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)
mefloquine hcl 250 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
nitazoxanide 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 89 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPARASITICS		
pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)	\$0 (Tier 1)	
primaquine 26.3 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
pyrimethamine 25 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
quinine sulfate 324 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPARKINSON AGENTS		
ANTICHOLINERGICS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml soln, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 90 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPARKINSON AGE	NTS		
•	-levodopa-entacapone 00, 125, 150, 200)	\$0 (Tier 1)	
entacapor	ne 200 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
NOURIAN MG TABL	IZ (20 MG TABLET, 40 ET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ONGENT 50 MG CA	YS (25 MG CAPSULE, APSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
tolcapone	100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
DOPAMINE AGO	DNISTS		
·	tine mesylate (2.5 mg ng capsule)	\$0 (Tier 1)	
2 MG/24 H HR PATC	(1 MG/24 HR PATCH, HR PATCH, 3 MG/24 H, 4 MG/24 HR MG/24 HR PATCH, 8 R PATCH)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ONAPGO CARTRID	98 MG/20 ML GE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
pramipexo	ole 0.75 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
(0.125 mg	ole dihydrochloride tablet, 0.25 mg tablet, olet, 1 mg tablet, 1.5	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 91 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPARKINSON AGENTS		
ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-A	AMINO ACID DECAF	RBOXYLASE INHIBITORS
carbidopa 25 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
carbidopa-levodopa (carbidopa- levo 10-100 mg odt, carbidopa- levo 25-100 mg odt, carbidopa- levo 25-250 mg odt, carbidopa- levodopa 10-100 tab, carbidopa- levodopa 25-100 tab, carbidopa- levodopa 25-250 tab)	\$0 (Tier 1)	
carbidopa-levodopa er (er 25- 100 tab, er 50-200 tab)	\$0 (Tier 1)	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 92 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
1ST GENERATION/TYPICAL		
chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
fluphenazine dec 125 mg/5 ml	\$0 (Tier 1)	
fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5 ml elix, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml conc, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
haloperidol dec 100 mg/ml amp	\$0 (Tier 1)	
haloperidol decanoate (50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml amp, 100 mg/ml vial, 250 mg/5 ml vl, 500 mg/5 ml vl)	\$0 (Tier 1)	
haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 93 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	\$0 (Tier 2)	QL (2.4 per 42 days)

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.

기계인 경우를 귀에, 접시적은 www.caloptilla.org/orlecale을 경문학합시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	\$0 (Tier 2)	QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY 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)
aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
aripiprazole 1 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	\$0 (Tier 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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 95 LAST UPDATED: 10/2025

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)
asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 96 LAST UPDATED: 10/2025

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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 97 LAST UPDATED: 10/2025

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)
lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lurasidone hcl 80 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10- 10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	\$0 (Tier 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
olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OPIPZA 10 MG FILM	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 98 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
paliperidone er 6 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PERSERIS ER 120 MG SYRINGE KIT	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
PERSERIS ER 90 MG SYRINGE KIT	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
quetiapine fumarate (fumarate 25 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 100 mg tab, fumarate 300 mg tab, fumarate 400 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 99 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS			
risperidone (0.25 n mg tablet, 1 mg tab tablet, 3 mg tablet,	blet, 2 mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
risperidone 1 mg/n	nl solution	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
risperidone er (er 1 er 25 mg vial, er 31 50 mg vial)	-	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
risperidone odt (0.2 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 4 mg odt)	_	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SECUADO (3.8 MG PATCH, 5.7 MG/24 7.6 MG/24 HR PAT	4 HR PATCH,	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
UZEDY (ER 150 M SYRING, ER 200 M SYRING, ER 250 M SYRINGE)	MG/0.56 ML	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 56 days)
UZEDY (ER 50 MC SYRINGE, ER 75 I SYRINGE, ER 100 SYRING, ER 125 I SYRING)	MG/0.21 ML MG/0.28 ML	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 100 LAST UPDATED: 10/2025

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
ziprasidone 20 mg/ml vial	\$0 (Tier 1)	
ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ANTIPSYCHOTICS		
COBENFY (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		
clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
clozapine odt (odt 12.5 mg tablet, odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet, odt 150 mg tablet, odt 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 101 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIPSYCHOTICS		
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTISPASTICITY AGENTS		
ANTISPASTICITY AGENTS		
baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
tizanidine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
약이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (336 per 28 days)

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)
valganciclovir 450 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days), PA NSO
valganciclovir hcl 50 mg/ml	\$0 (Tier 1)	
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
lamivudine 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA NSO
tenofovir disop fum 300 mg tb	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	\$0 (Tier 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		
EPCLUSA (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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 103 LAST UPDATED: 10/2025

약이름	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)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg	\$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)
ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
sofosbuvir-velpatasvir 400-100	\$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 INH	IBITORS (INSTI)	
BIKTARVY (30-120-15 MG TABLET, 50-200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 104 LAST UPDATED: 10/2025

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 (NNRTI)	REVERSE TRANSO	CRIPTASE INHIBITORS
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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 105 LAST UPDATED: 10/2025

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)	
efavir-emtri-tenof 600-200-300	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
efavirenz 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
efavirenz-lamivu-tenofov disop (400-300-300, 600-300-300)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
emtricit-rilp-tenof 200-25-300	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
INTELENCE 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
nevirapine (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
nevirapine er 400 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
PIFELTRO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
abacavir 20 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
abacavir 300 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 106 LAST UPDATED: 10/2025

	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
dine 600-300 mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
00 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
0-15 MG 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
00 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
nofovir disop 13-200mg, 167-	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
nofv 200-300mg	\$0 (Tier 1)	
G/ML	\$0 (Tier 2)	
mg/ml oral soln, 800 mg tablet, ol cup)	\$0 (Tier 1)	
vudine tablet	\$0 (Tier 1)	
LET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
50-300 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
0-5-30 MG TAB	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
	DO MG TABLET D-15 MG S MG TABLET) D mg capsule D mofovir disop D mofovir disop D mofov 200-300mg D mofov 200-300mg D mg tablet, D cup) D vudine tablet D LET D mofov 300 MG	#담 (계층 수준) #대 (기층 수준) #대 (기

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 107 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
maraviroc 150 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
maraviroc 300 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	QL (1840 per 30 days)
SUNLENCA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 2 days)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 8 days)
TYBOST 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 108 LAST UPDATED: 10/2025

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)
fosamprenavir 700 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	\$0 (Tier 2)	
lopinavir-ritonavir (100-25mg tb, 200-50mg tb)	\$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)	
ritonavir 100 mg tablet	\$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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 109 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANTIVIRALS		
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
oseltamivir 6 mg/ml suspension	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)
oseltamivir phos 30 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 180 days)
rimantadine hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)
ANTIHERPETIC AGENTS		
acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)	\$0 (Tier 1)	
acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)	\$0 (Tier 1)	PA
famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 110 LAST UPDATED: 10/2025

본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)	
\$0 (Tier 1)		
\$0 (Tier 2)	QL (20 per 5 days)	
\$0 (Tier 2)	QL (30 per 5 days)	
\$0 (Tier 2)	QL (11 per 5 days)	
본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
ANXIOLYTICS, OTHER		
\$0 (Tier 1)		
	부담 (계층 수준) \$0 (Tier 1) \$0 (Tier 1) \$0 (Tier 1) \$0 (Tier 2) \$0 (Tier 2) \$0 (Tier 2) 보인 약물 비용 부담 (계층 수준)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 111 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ANXIOLYTICS		
hydroxyzine 2 mg/ml oral solution	\$0 (Tier 1)	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	\$0 (Tier 1)	PA
meprobamate (200 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
BENZODIAZEPINES		
alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
alprazolam 2 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/ml oral conc, 25 mg/5 ml oral conc)	\$0 (Tier 1)	

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.

부담 (계층 수준) 제한 ANXIOLYTICS lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet) \$0 (Tier 1) QL (120 per 30 days) tablet) QL (150 per 30 days) lorazepam 2 mg tablet \$0 (Tier 1) QL (150 per 30 days) LORAZEPAM INTENSOL 2			
lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet) lorazepam 2 mg tablet \$0 (Tier 1) QL (120 per 30 days) QL (120 per 30 days) QL (150 per 30 days) QL (150 per 30 days) QL (150 per 30 days) \$0 (Tier 1) QL (150 per 30 days) \$0 (Tier 1) PA, QL (120 per 30 days) PA, QL (120 per 30 days) grapsule, 30 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule) PA, QL (120 per 30 days)	악 이듬		필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
### stablet ### lorazepam 2 mg tablet ### lorazepam 2 mg tablet ### So (Tier 1) ### QL (150 per 30 days) LORAZEPAM INTENSOL 2 ### MG/ML ### oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule) ### PA, QL (120 per 30 days) ### PA, QL (120 per 30 days)	ANXIOLYTICS		
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML \$0 (Tier 1) oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule) 약 이름 BIPOLAR AGENTS MOOD STABILIZERS		\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
## So (Tier 1) ## Oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule) ## PA, QL (120 per 30 days)	lorazepam 2 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
### ### ### #########################		\$0 (Tier 1)	
약 이름 부담 (계층 수준) 제한 BIPOLAR AGENTS MOOD STABILIZERS		\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
약 이름 부담 (계층 수준) 제한 BIPOLAR AGENTS MOOD STABILIZERS			
MOOD STABILIZERS	약 이름		필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
	DIDOLAD ACENTS		
	DIPOLAR AGENTS		
lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg \$0 (Tier 1) cap)			
lithium carbonate er (er 300 mg tb, er 450 mg tb) \$0 (Tier 1)	MOOD STABILIZERS lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg	\$0 (Tier 1)	
lithium citrate (8 meq/5 ml soln cup, 8 meq/5 ml solution) \$0 (Tier 1) QL (1000 per 30 days)	MOOD STABILIZERS lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap) lithium carbonate er (er 300 mg		

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.

기계한 6소를 위해, 답지역는 WWW.caloptima.org/onecare을 6분의답시소.

Formulary ID: 25516, Version: 32 113 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
alogliptin (6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
alogliptin-metformin (12.5-1000, 12.5-500)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
colesevelam hcl 3.75 g packet	\$0 (Tier 1)	
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
glimepiride 4 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
glipizide 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
glipizide 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
glipizide er 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
glipizide xl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 114 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
glipizide xl 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
glipizide-metformin 2.5-250 mg	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
glyburid-metformin 1.25-250 mg	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
glyburide 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (240 per 30 days)
glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
INVOKAMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TABLET, 150-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
INVOKAMET XR (50-1,000 MG TAB, 50-500 MG TABLET, 150- 1,000 MG TAB, 150-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
INVOKANA (100 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 115 LAST UPDATED: 10/2025

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)
metformin hcl (750 mg tablet, 850 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
metformin hcl 1,000 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
metformin hcl 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
metformin hcl er 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
metformin hcl er 750 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 28 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 116 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)	\$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)
pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
repaglinide 0.5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 117 LAST UPDATED: 10/2025

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)
diazoxide 50 mg/ml oral susp	\$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 118 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 119 LAST UPDATED: 10/2025

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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 120 LAST UPDATED: 10/2025

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)
insulin aspart 100 unit/ml crt	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin aspart 100 unit/ml pen	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin aspart 100 unit/ml vl	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin aspart prot mix 70-30 (mix70-30 pn, mix70-30 vl)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin glargine max solo u300	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin glargine solostar u300	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro 100 unit/ml pen	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro 100 unit/ml vl	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro jr 100 unit/ml	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro mix 75-25 kwkpn	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 121 LAST UPDATED: 10/2025

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)

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)
	HOI OF 110	피스키 그리 게퀴 ㄸㄴ 비ㅇ
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
ANTICOAGULANTS		
dabigatran etexilate (75 mg cap, 110 mg cp, 150 mg cp)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0 (Tier 2)	

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		
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr	\$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr	\$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr	\$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)
enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)	\$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
fondaparinux sodium (2.5 mg/0.5 ml syr, 5 mg/0.4 ml syr, 7.5 mg/0.6 ml syr, 10 mg/0.8 ml syr)	\$0 (Tier 1)	
FRAGMIN (10,000 UNIT/ML SYRINGE, 10,000 UNITS/ML SYRING)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
FRAGMIN (12,500 UNIT/0.5 ML SYR, 12,500 UNITS/0.5 ML)	\$0 (Tier 2)	QL (15 per 30 days)
FRAGMIN (15,000 UNIT/0.6 ML SYR, 15,000 UNITS/0.6 ML)	\$0 (Tier 2)	QL (18 per 30 days)
FRAGMIN (18,000 UNIT/0.72 ML, 18,000 UNITS/0.72 ML)	\$0 (Tier 2)	QL (22 per 30 days)
FRAGMIN (2,500 UNIT/0.2 ML SYR, 2,500 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0 (Tier 2)	QL (6 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 124 LAST UPDATED: 10/2025

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)
heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, sod 5,000 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/5 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
jantoven (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
rivaroxaban (1 mg/ml suspension, 2.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 125 LAST UPDATED: 10/2025

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, O	OTHER	
anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 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
eltrombopag 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
eltrombopag 75 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 126 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
eltrombopag olamine (12.5 mg susp pkt, 12.5 mg tablet, 25 mg susp packet, 25 mg tablet)	\$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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 127 LAST UPDATED: 10/2025

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
PROCRIT (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

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		
tranexamic acid 650 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridam er 25-200 mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA (60 MG TABLET, 90 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 129 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
clopidogrel 75 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DOPTELET ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (15 per 5 days)
DOPTELET (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0 (Tier 2)	PA
prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TAVALISSE (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
clonidine (0.1 patch, 0.2 patch, 0.3 patch)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

mg tablet, 0.3 mg tablet)

Formulary ID: 25516, Version: 32 130 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
droxidopa (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 14 days)
guanfacine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
midodrine hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGEN	NTS	
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
phenoxybenzamine hcl 10 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA
prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb, 32 mg tb)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 131 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME	(ACE) INHIBITORS	
benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
benazepril hcl 40 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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		
lisinopril 40 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
perindopril erbumine 2 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
perindopril erbumine 4 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
perindopril erbumine 8 mg tab	\$0 (Tier 1)	
quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ramipril 10 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
trandolapril 4 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
digoxin 0.05 mg/ml solution	\$0 (Tier 2)	

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		
digoxin 125 mcg tablet	\$0 (Tier 1)	
digoxin 250 mcg tablet	\$0 (Tier 1)	
disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)	\$0 (Tier 1)	
flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
quinidine gluc er 324 mg tab	\$0 (Tier 1)	
quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 134 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 필요한 조치, 저 부담 (계층 수준) 제한	네한 또는 사용
CARDIOVASCULAR AGENTS		
sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
SOTALOL AF (80 MG TABLE 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	T, \$0 (Tier 1)	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AC	GENTS	
acebutolol hcl (200 mg capsul 400 mg capsule)	e, \$0 (Tier 1)	
atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
bisoprolol fumarate (5 mg tab, mg tab)	10 \$0 (Tier 1)	
carvedilol (3.125 mg tablet, 6.2 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 r tablet)		
labetalol hcl (100 mg tablet, 20 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 135 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
metoprolol succ er 200 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
propranolol hcl er (er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 136 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGEN	TS, DIHYDROPYRIE	DINES
amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine besylate 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	
felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet, er 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
nifedipine er 90 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
nimodipine 30 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
nimodipine 60 mg/20 ml soln	\$0 (Tier 1)	PA
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
CARTIA XT (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 137 LAST UPDATED: 10/2025

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)	
diltiazem 12hr er (12hr er 120 mg cap, 12hr er 60 mg cap, 12hr er 90 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
diltiazem 24hr er (24hr er 120 mg cap, 24hr er 180 mg cap, 24hr er 240 mg cap, 24hr er 300 mg cap, 24hr er 360 mg cap, 24hr er 420 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
diltiazem 24hr er (cd) (24h er(cd) 120 mg cp, 24h er(cd) 180 mg cp, 24h er(cd) 240 mg cp, 24h er(cd) 300 mg cp, 24h er(cd) 360 mg cp)	\$0 (Tier 1)	
diltiazem 24hr er (xr) (24h er(xr) 120 mg cp, 24h er(xr) 180 mg cp, 24h er(xr) 240 mg cp)	\$0 (Tier 1)	
diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 138 LAST UPDATED: 10/2025

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)	
verapamil er (er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
verapamil er pm (er 100 mg capsule, er 200 mg capsule, er 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
verapamil sr (sr 120 mg capsule, sr 180 mg capsule, sr 240 mg capsule, sr 360 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 139 LAST UPDATED: 10/2025

	HOLOFO NIO	피어킹 크린 게팅 ㄸㄴ 비오
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
aliskiren (150 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab	\$0 (Tier 1)	
amlodipine besylate-benazepril (2.5-10, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg, 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-olmesartan (5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-valsartan (5-160 mg, 5-320 mg, 10-160 mg, 10-320 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-valsartan-hctz (5- 160-12.5 mg, 5-160-25 mg, 10- 160-12.5mg, 10-160-25 mg, 10- 320-25 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 140 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)	\$0 (Tier 1)	
ATTRUBY 356 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
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)
digoxin 62.5 mcg tablet	\$0 (Tier 1)	
enalapril-hydrochlorothiazide (5- 12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 141 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ivabradine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
losartan-hydrochlorothiazide (50- 12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
metyrosine 250 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
pentoxifylline er 400 mg tab	\$0 (Tier 1)	
ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 142 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
sacubitril-valsartan (24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
spironolactone-hctz 25-25 tab	\$0 (Tier 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VANRAFIA 0.75 MG TABLET	\$0 (Tier 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		
bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 143 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vl)	\$0 (Tier 1)	
torsemide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
amiloride hcl 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
DIURETICS, THIAZIDE		
chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 144 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVA	TIVES	
fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
gemfibrozil 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTAS	SE INHIBITORS	
atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lovastatin 40 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 145 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
simvastatin 20 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (45 per 30 days)
simvastatin 40 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
cholestyramine (packet, powder)	\$0 (Tier 1)	
cholestyramine light (packet, powder)	\$0 (Tier 1)	
colesevelam 625 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)	\$0 (Tier 1)	
ezetimibe 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 1 gram capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
JUXTAPID (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JUXTAPID 20 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
JUXTAPID 30 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 146 LAST UPDATED: 10/2025

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)
niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
omega-3 ethyl esters 1 gm cap	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PREVALITE (PACKET, POWDER)	\$0 (Tier 1)	
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 AN	TAGONISTS	
eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 147 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CARDIOVASCULAR AGENTS		
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ART	ERIAL	
hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ART	ERIAL/VENOUS	
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
isosorbide mononit er 60 mg tb	\$0 (Tier 1)	
isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 120 mg)	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)	\$0 (Tier 1)	
nitroglycerin 0.4% ointment	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days)
nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 148 LAST UPDATED: 10/2025

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)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)
riluzole 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY	DISORDER AGENT	S, AMPHETAMINES
dextroamp-amphetamin 30 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
dextroamphetamine 5 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
dextroamphetamine er 10 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA, QL (150 per 30 days)
dextroamphetamine er 15 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 149 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
dextroamphetamine er 5 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine- amphetamine (dextroamp- amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp- amphetamin 20 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY	DISORDER AGENT	S, NON-AMPHETAMINES
atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
clonidine hcl er 0.1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 150 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
methylphenidate (10 mg/9hr, 15 mg/9hr, 20 mg/9hr, 30 mg/9hr)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate 10 mg/5 ml sol	\$0 (Tier 1)	PA, QL (900 per 30 days)
methylphenidate 5 mg/5 ml soln	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1800 per 30 days)
methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
methylphenidate er (er 18 mg tab, er 27 mg tab, er 54 mg tab, er 72 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate er (la) (er(la) 10mg cp, er(la) 20mg cp, er(la) 30mg cp, er(la) 40mg cp, er(la) 60mg cp)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate er 36 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 151 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
methylphenidate hcl cd (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl er (cd) (er(cd) 10mg cp, er(cd) 20mg cp, er(cd) 30mg cp, er(cd) 40mg cp, er(cd) 50mg cp, er(cd) 60mg cp)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate la (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate sr 20 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, OTHER		
AUSTEDO (6 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 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)

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)
pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 153 LAST UPDATED: 10/2025

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
dalfampridine er 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 154 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
fingolimod 0.5 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)	\$0 (Tier 1)	PA
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 155 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
MAYZENT 0.25MG START-1M 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. ML, 44 MCG/0.5 ML, TITRATION PACK)	5 \$0 (Tier 2)	PA
TASCENSO ODT (ODT 0.25 MG TABLET, ODT 0.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
teriflunomide (7 mg tablet, 14 m tablet)	ng \$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 156 LAST UPDATED: 10/2025

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		
cevimeline hcl 30 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)	\$0 (Tier 1)	
doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	\$0 (Tier 1)	
pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
triamcinolone 0.1% paste	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 157 LAST UPDATED: 10/2025

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
acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
azelaic acid 15% gel	\$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
clind ph-benzoyl perox 1.2-5%	\$0 (Tier 1)	
erythromycin-benzoyl gel	\$0 (Tier 1)	
isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
NEUAC GEL	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 158 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
DERMATOLOGICAL AGENTS		
tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
tazarotene 0.05% cream	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
tazarotene 0.1% cream	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream)	\$0 (Tier 1)	PA
ZENATANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ALA-CORT 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)	\$0 (Tier 1)	
ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)	\$0 (Tier 1)	PA
betamethasone diprop augmented (dp 0.05% crm, dp 0.05% gel, dp 0.05% lot, dp 0.05% oin)	\$0 (Tier 1)	
betamethasone dipropionate (dp 0.05% crm, dp 0.05% lot, dp 0.05% oint, dp aug 0.05% crm)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 159 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
DERMATOLOGICAL AGENTS		
betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)	\$0 (Tier 1)	
clobetasol emollient 0.05% crm	\$0 (Tier 1)	
clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)	\$0 (Tier 1)	
desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)	\$0 (Tier 1)	
desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% ointment)	\$0 (Tier 1)	
diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)	\$0 (Tier 1)	
doxepin 5% cream	\$0 (Tier 1)	PA
fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% scalp oil, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)	\$0 (Tier 1)	
fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 160 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
DERMATOLOGICAL AGENTS		
fluocinonide-e 0.05% cream	\$0 (Tier 1)	
fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream, 0.05% lotion)	\$0 (Tier 1)	
halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)	\$0 (Tier 1)	
mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint, 0.1% soln)	\$0 (Tier 1)	
pimecrolimus 1% cream	\$0 (Tier 1)	PA
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 161 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
DERMATOLOGICAL AGENTS		
selenium sulfide 2.5% lotion	\$0 (Tier 1)	
tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)	\$0 (Tier 1)	PA
triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)	\$0 (Tier 1)	
TRIDERM 0.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)	\$0 (Tier 1)	PA
clotrimazole-betamethasone (crm, lot)	\$0 (Tier 1)	
diclofenac sodium 3% gel	\$0 (Tier 1)	PA
FILSUVEZ 10% GEL	\$0 (Tier 2)	PA
fluorouracil (0.5% cream, 5% cream)	\$0 (Tier 1)	

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		
fluorouracil (2% soln, 5% soln)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
imiquimod 5% cream packet	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)	\$0 (Tier 1)	
nystatin-triamcinolone (cream, ointm)	\$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)
podofilox 0.5% topical soln	\$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)	
silver sulfadiazine 1% cream	\$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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 163 LAST UPDATED: 10/2025

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)
malathion 0.5% lotion	\$0 (Tier 1)	
permethrin 5% cream	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (474 per 30 days)
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
acyclovir 5% cream	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
acyclovir 5% ointment	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)	\$0 (Tier 1)	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	\$0 (Tier 2)	
clindamycin 1% gel	\$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 164 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
DERMATOLOGICAL AGENTS		
econazole nitrate 1% cream	\$0 (Tier 1)	
erythromycin (2% gel, 2% solution)	\$0 (Tier 1)	
gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)	\$0 (Tier 1)	
mupirocin (2% cream, 2% ointment)	\$0 (Tier 1)	
naftifine hcl (1% cream, 2% cream)	\$0 (Tier 1)	
oxiconazole nitrate 1% cream	\$0 (Tier 1)	
OXISTAT 1% LOTION	\$0 (Tier 2)	
SULFAMYLON 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		
carglumic acid 200 mg tab susp	\$0 (Tier 1)	PA
fluoride (0.25 mg tablet chew, 0.5 mg tablet chew, 1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	

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.

chewable)

Formulary ID: 25516, Version: 32 165 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMII	NS	
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)	
magnesium sulfate 50% syringe	\$0 (Tier 1)	
multiple electrolytes t1 ph5.5	\$0 (Tier 1)	
multiple electrolytes t1 ph7.4	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0 (Tier 2)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
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	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 166 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMII	NS	
potassium chloride-0.9% nacl (20 meq/1,000ml-ns, 40 meq/1,000ml-ns)	\$0 (Tier 1)	
potassium citrate er (er 5 tab, er 10 tb, er 15 tb)	\$0 (Tier 1)	
potassium cl 20 meq-0.45% nacl	\$0 (Tier 1)	
potassium cl 20 meq/10 ml conc	\$0 (Tier 1)	
potassium cl 20meq/100ml-water	\$0 (Tier 1)	
sodium chloride (saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial, sodium chloride 3% iv soln, sodium chloride 5% iv soln)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 167 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMII	NS	
sodium chloride 0.9%-water	\$0 (Tier 1)	
sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet	\$0 (Tier 1)	
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MOD	IFIERS	
CHEMET 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
deferasirox (90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)	\$0 (Tier 1)	PA
deferiprone 1,000 mg tb(3x/dy)	\$0 (Tier 1)	PA
deferiprone 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
DOJOLVI LIQUID	\$0 (Tier 2)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
JYNARQUE (15 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
tolvaptan (15 mg tablet, 15 mg- 15 mg tablet, 30 mg tablet, 30 mg-15 mg tablet, 45 mg-15 mg tablet, 60 mg-30 mg tablet, 90 mg-30 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 168 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMIN	NS	
trientine hcl 250 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/V	'ITAMINS	
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
dextrose 10%-0.2% nacl iv soln	\$0 (Tier 2)	
dextrose 10%-0.45% nacl iv sol	\$0 (Tier 2)	
dextrose 2.5%-0.45% nacl iv	\$0 (Tier 2)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 169 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMII	NS	
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.225% nacl iv sol	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.45% nacl iv soln	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln	\$0 (Tier 1)	
dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)	\$0 (Tier 1)	
glucose 5%-0.9% nacl 1000 ml	\$0 (Tier 1)	
glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)	\$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0 (Tier 2)	PA
ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN	\$0 (Tier 2)	
kcl 20 meq in d5w-lact ringer	\$0 (Tier 1)	
kcl 20 meq/l in d5w solution	\$0 (Tier 1)	
kcl-d5w-0.2% nacl (10 meq/500 ml-d5w-0.2%nacl, 20 meq/l-d5w- 0.2% nacl)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 170 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMIN	NS	
kcl-d5w-0.225% nacl (10meq/500ml-d5w-0.225%nacl, 20 meq/l-d5w-0.225% nacl)	\$0 (Tier 1)	
kcl-d5w-0.45% nacl (10 meq/500ml-d5w-0.45%nacl, 10 meq/l-d5w-0.45% nacl, 20 meq/l- d5w-0.45% nacl, 30 meq/l-d5w- 0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)	\$0 (Tier 1)	
kcl-d5w-0.9% nacl (20 meq/l- d5w-0.9%, 40 meq/l-d5w-0.9%)	\$0 (Tier 1)	
levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)	\$0 (Tier 1)	
magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml)	\$0 (Tier 1)	
NATAL PNV TABLET	\$0 (Tier 2)	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0 (Tier 2)	PA
PREMASOL 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 171 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMII	NS	
prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet	\$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)
sodium polystyrene sulf powder	\$0 (Tier 1)	
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	\$0 (Tier 1)	

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	구급(개중구正)	게인
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
CONSTULOSE 10 GM/15 ML SOLN	\$0 (Tier 1)	
ENULOSE 10 GM/15 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GENERLAC 10 GM/15 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
KRISTALOSE (10 GM PACKET, 20 GM PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
lactulose (10 gm packet, 20 gm packet)	\$0 (Tier 1)	PA
lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)	\$0 (Tier 1)	
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 173 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GASTROINTESTINAL AGENTS		
MOVANTIK (12.5 MG TAB 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
RELISTOR (8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML 12 MG/0.6 ML SYRINGE, MG/0.6 ML VIAL)	\$() (Lier 2)	PA
RELISTOR 150 MG TABL	ET \$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
SUTAB 1.479-0.225-0.188 TAB	\$ GM \$0 (Tier 2)	
TRULANCE 3 MG TABLE	T \$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
alosetron hcl (0.5 mg table mg tablet)	et, 1 \$0 (Tier 1)	PA
diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.0 diphenoxylate-atrop 2.5-0.	'	PA
loperamide 2 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABI	LET \$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
VIBERZI (75 MG TABLET, MG TABLET)	, 100 \$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 174 LAST UPDATED: 10/2025

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, GASTROINTESTIN	AL		
dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA	
glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)		
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER	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)	
lansoprazol-amoxicil-clarithro	\$0 (Tier 1)		
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	\$0 (Tier 2)	PA	
peg 3350-electrolyte solution	\$0 (Tier 1)		
peg-3350 and electrolytes soln	\$0 (Tier 1)		

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 175 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GASTROINTESTINAL AGENTS		
peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9	\$0 (Tier 1)	
SEROSTIM 6 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
sod sul-potass sul-mag sul sol	\$0 (Tier 1)	
ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)	\$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		
cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	
nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
PROTECTANTS		
misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)	\$0 (Tier 1)	
sucralfate 1 gm tablet	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 176 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GASTROINTESTINAL AGENTS		
PROTON PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium (dr 20 mg cap, dr 40 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
omeprazole (dr 10 mg capsule, dr 40 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
omeprazole dr 20 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pantoprazole sod dr 20 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
pantoprazole sod dr 40 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
rabeprazole sod dr 20 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 177 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER	:: REPLACEMENT, I	MODIFIERS, TREATMENT
ARALAST NP 1,000 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
ARALAST NP 500 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	
betaine 1 gram/scoop powder	\$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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 178 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER	: REPLACEMENT, I	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-glutamine 5 gram powder pkt	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
miglustat 100 mg capsule	\$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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 179 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER	R: REPLACEMENT, I	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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 180 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER	: REPLACEMENT, I	MODIFIERS, TREATMENT
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (0.5 per 28 days)
sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)	\$0 (Tier 1)	PA
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)	\$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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 181 LAST UPDATED: 10/2025

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
GENITOURINARY AGENTS		
ANTISPASMODICS, URINARY		
darifenacin er (er 7.5 mg tablet, er 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
fesoterodine fumarate er (er 4 mg tablet, er 8 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
flavoxate hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
GEMTESA 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
MYRBETRIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

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)
oxybutynin chloride (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)	\$0 (Tier 1)	
oxybutynin chloride er (er 5 mg tablet, er 10 mg tablet, er 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
tolterodine tartrate er (er 2 mg cap, er 4 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
trospium chloride 20 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
trospium chloride er 60 mg cap	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
alfuzosin hcl er 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
dutasteride 0.5 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 183 LAST UPDATED: 10/2025

	본인 약물 비용	필요한 조치, 제한 또는 사용
약 이름	부담 (계층 수준)	제한
GENITOURINARY AGENTS		
finasteride 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ELMIRON 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
LITHOSTAT 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
penicillamine 250 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
tiopronin (100 mg tablet, dr 100 mg tablet, dr 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
VENXXIVA (DR 100 MG TABLET, DR 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 184 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/MODIFYING	(ADRENAL)
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REF	PLACEMENT/MODIF	FYING (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)
deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
fludrocortisone 0.1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
JAYTHARI (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 185 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/MODIFYING	(ADRENAL)
methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
ORAPRED ODT (ODT 10 MG TABLET, ODT 15 MG TABLET, ODT 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)	\$0 (Tier 1)	
prednisolone sodium phosphate (sod 1% eye drop, 5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)	\$0 (Tier 1)	
prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 186 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/MODIFYING	(PITUITARY)
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REF	PLACEMENT/MODIF	YING (PITUITARY)
CRENESSITY (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr	\$0 (Tier 1)	
desmopressin acetate (0.1 mg tb, 0.2 mg tb)	\$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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 187 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 188 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/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
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
ANDROGENS		
danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
methyltestosterone 10 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA NSO
testosterone (1% (25mg/2.5g) pk, 1% (50 mg/5 g) pk, 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump, 1.62%(1.25 g) pkt, 12.5 mg/1.25 gram, 25 mg/2.5 gm pkt, 30 mg/1.5 ml pump, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 189 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
testosterone 10 mg gel pump	\$0 (Tier 1)	PA NSO
testosterone cypionate (testosteron 2,000 mg/10 ml, testosterone 100 mg/ml, testosterone 200 mg/ml, testosterone 500 mg/2.5 ml, testosterone 500 mg/5 ml, testosterone 1,000 mg/10ml, testosterone 1,000 mg/5 ml, testosterone 2,000 mg/10ml, testosterone 6,000 mg/30ml)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
testosterone enanthate (testosteron 1,000 mg/5 ml, testosterone 200 mg/ml)	\$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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 190 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
ESTRACE 0.01% CREAM	\$0 (Tier 1)	
estradiol (0.01% cream, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)	\$0 (Tier 1)	
estradiol (0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.1 mg patch)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estradiol (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
estradiol (twice weekly) (0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk))	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estradiol 0.05 mg patch (1/wk)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estradiol valerate (20 mg/ml vl, 40 mg/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 191 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLA HORMONES/MODIFIERS)	CEMENT/MODIFYING	(SEX
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)	5 \$0 (Tier 2)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 192 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 193 LAST UPDATED: 10/2025

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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 194 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
CYRED EQ 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)		
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)		
drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451	\$0 (Tier 1)		
drospirenone-ethinyl estradiol (3- 0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	\$0 (Tier 1)		
ELURYNG VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)		
ENILLORING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)		
ENPRESSE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)		
ENSKYCE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)		
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)		
estradiol-norethindrone acetat (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)		
ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg	\$0 (Tier 1)		
etonogestrel-ee vaginal ring	\$0 (Tier 1)		
FALMINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)		

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 195 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 196 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
INTROVALE 0.15-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JAIMIESS 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JOYEAUX-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
JULEBER 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JUNEL (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE 24 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 197 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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)	
levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e 0.15-0.03-0.01, levonor-e 0.1-0.02-0.01)	\$0 (Tier 1)	
levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1- 0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic)	\$0 (Tier 1)	
LEVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 198 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	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)		

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 199 LAST UPDATED: 10/2025

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)	
norelgestrom-ee 150-35 mcg/day	\$0 (Tier 1)	
noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75	\$0 (Tier 1)	
norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind- eth 1-0.02 mg)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 200 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
norethindrone-e.estradiol-iron (1-0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw)	\$0 (Tier 1)	
norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)	\$0 (Tier 1)	
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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 201 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 202 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 203 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 204 LAST UPDATED: 10/2025

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)	
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)	\$0 (Tier 1)	
megestrol 400 mg/10 ml cup	\$0 (Tier 1)	PA
megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
megestrol acetate 40mg/ml oral suspension	\$0 (Tier 1)	PA
MELEYA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 205 LAST UPDATED: 10/2025

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)	
norethindrn 5 mg tb (lupaneta)	\$0 (Tier 1)	
norethindrone 0.35 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
norethindrone 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
ORQUIDEA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
raloxifene hcl 60 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
약 이름	본인 약물 비용	필요한 조치, 제한 또는 사용
	부담 (계층 수준)	제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
ERMEZA 150 MCG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 206 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/MODIFYING	(THYROID)
levothyroxine sodium (13 mcg capsule, 25 mcg capsule, 25 mcg capsule, 50 mcg tablet, 50 mcg capsule, 75 mcg tablet, 88 mcg capsule, 88 mcg tablet, 100 mcg capsule, 100 mcg tablet, 112 mcg capsule, 112 mcg capsule, 112 mcg tablet, 125 mcg capsule, 125 mcg capsule, 137 mcg tablet, 137 mcg tablet, 150 mcg capsule, 150 mcg tablet, 175 mcg tablet, 200 mcg capsule, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)	\$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)	
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 207 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/MODIFYING	(THYROID)
REZDIFFRA (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, 75 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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 208 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEI	MENT/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	필요한 조치, 제한 또는 사용

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRE	NAL OR PITUITAR	Y)
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT	(ADRENAL OR PITI	JITARY)
cabergoline 0.5 mg tablet	\$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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 209 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRE	NAL OR PITUITAR	()
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
leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
leuprolide depot 22.5 mg vial	\$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
mifepristone 300 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 210 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRE	ENAL OR PITUITAR	Y)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0 (Tier 2)	PA
octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)	\$0 (Tier 1)	PA
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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 211 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYR	OID)	
ANTITHYROID AGENTS		
methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
propylthiouracil 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
ANGIOEDEMA AGENTS		
CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL- DILUENT)	\$0 (Tier 2)	PA
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
icatibant 30 mg/3 ml syringe	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ORLADEYO (110 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG/2 ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA

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.

THE 622 TIM, GARAL WWW.caloptima.org/onecare2 SEGISTAL

Formulary ID: 25516, Version: 32 212 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 213 LAST UPDATED: 10/2025

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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 214 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 215 LAST UPDATED: 10/2025

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 SYRING, 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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 216 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 217 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 218 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
TREMFYA INDCT 200MG/2M X2 PEN	L \$0 (Tier 2)	PA
XELJANZ (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTIO	N \$0 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
XELJANZ XR (11 MG TABLE ¹ 22 MG TABLET)	T, \$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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 219 LAST UPDATED: 10/2025

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
azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 2)	PA

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 220 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 221 LAST UPDATED: 10/2025

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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 222 LAST UPDATED: 10/2025

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)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	PA BVD

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 223 LAST UPDATED: 10/2025

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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 224 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule (ir))	\$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)	
bcg vaccine (tice strain) vial	\$0 (Tier 2)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0 (Tier 2)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 225 LAST UPDATED: 10/2025

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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 226 LAST UPDATED: 10/2025

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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 227 LAST UPDATED: 10/2025

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)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 228 LAST UPDATED: 10/2025

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 PRODRU	JGS	
balsalazide disodium 750 mg cp	\$0 (Tier 1)	
mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)	\$0 (Tier 1)	
mesalamine dr 1.2 gm tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
mesalamine dr 400 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
mesalamine er 500 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 229 LAST UPDATED: 10/2025

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)
sulfasalazine 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
sulfasalazine dr 500 mg tab	\$0 (Tier 1)	
GLUCOCORTICOIDS		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
budesonide 2 mg rectal foam	\$0 (Tier 1)	PA
budesonide dr 3 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
budesonide ec 3 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg/60 ml)	\$0 (Tier 1)	
약이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
alendronate sod 70 mg/75 ml	\$0 (Tier 1)	
alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 230 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
alendronate sodium 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BONSITY 560 MCG/2.24 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)	\$0 (Tier 1)	
calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)	\$0 (Tier 1)	
cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)	\$0 (Tier 1)	
ibandronate sodium 150 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
RAYALDEE (ER 30 MCG CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
risedronate sodium 150 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 231 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
risedronate sodium 35 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)	\$0 (Tier 1)	QL (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
teriparatide (560 mcg/2.24 ml, 560mcg/2.24ml pen)	\$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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 232 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OPHTHALMIC AGENTS		
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
atropine 1% eye drop	\$0 (Tier 1)	PA
atropine 1% eye drops	\$0 (Tier 1)	PA
cyclosporine 0.05% eye emuls	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
dorzolamide-timolol eye drops	\$0 (Tier 1)	
neo-bacit-poly-hc eye ointment	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCIN HC EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
neomyc-bacit-polymix eye oint	\$0 (Tier 1)	
neomyc-polym-gramicid eye drop	\$0 (Tier 1)	
neomycin-poly-hc eye drops	\$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)	\$0 (Tier 1)	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	\$0 (Tier 2)	PA
pilocarpine hcl 1.25% eye drop	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 233 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OPHTHALMIC AGENTS		
sulf-pred 10-0.23% eye drops	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (7 per 30 days)
tobramycin-dexameth ophth susp	\$0 (Tier 1)	
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA, QL (8.4 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
azelastine hcl 0.05% drops	\$0 (Tier 1)	
cromolyn 4% eye drops	\$0 (Tier 1)	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
bacitracin 500 unit/gm ophth	\$0 (Tier 1)	
bacitracin-polymyxin eye oint	\$0 (Tier 1)	
BESIVANCE 0.6% SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0 (Tier 2)	PA
ciprofloxacin 0.3% eye drop	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 234 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OPHTHALMIC AGENTS		
erythromycin 0.5% eye ointment	\$0 (Tier 1)	
gatifloxacin 0.5% eye drops	\$0 (Tier 1)	
gentamicin 0.3% eye drop	\$0 (Tier 1)	
moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
ofloxacin 0.3% eye drops	\$0 (Tier 1)	
POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
polymyxin b-tmp eye drops	\$0 (Tier 1)	
sulfacetamide sodium (10% drops, 10% ointment)	\$0 (Tier 1)	
tobramycin 0.3% eye drop	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	
trifluridine 1% eye drops	\$0 (Tier 1)	
XDEMVY 0.25% DROP	\$0 (Tier 2)	PA
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0 (Tier 2)	
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES	<u> </u>	
bromfenac sodium 0.09% eye drp	\$0 (Tier 1)	QL (3.4 per 180 days)

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.

기계인 경포를 귀에, 접시에는 www.caloptilla.org/orlectate을 경단하다시고.

Formulary ID: 25516, Version: 32 235 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OPHTHALMIC AGENTS		
dexamethasone 0.1% eye drop	\$0 (Tier 1)	
diclofenac 0.1% eye drops	\$0 (Tier 1)	
difluprednate 0.05% eye drop	\$0 (Tier 1)	
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	PA
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)	\$0 (Tier 1)	
flurbiprofen 0.03% eye drop	\$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)	\$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 180 days)
loteprednol 0.5% ophthalmc gel	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
loteprednol etabonate (0.2% drp, 0.5% drp)	\$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0 (Tier 2)	QL (6 per 180 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 236 LAST UPDATED: 10/2025

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)	
prednisolone ac 1% eye drop	\$0 (Tier 1)	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLC	CKING AGENTS	
betaxolol hcl 0.5% eye drop	\$0 (Tier 1)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	\$0 (Tier 2)	
carteolol hcl 1% eye drops	\$0 (Tier 1)	
levobunolol 0.5% eye drops	\$0 (Tier 1)	
timolol maleate (0.25% gel- solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel- solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)	\$0 (Tier 1)	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSU	RE LOWERING AG	ENTS, OTHER
acetazolamide er 500 mg cap	\$0 (Tier 1)	
apraclonidine hcl 0.5% drops	\$0 (Tier 1)	
bimatoprost 0.03% eye drops	\$0 (Tier 1)	ST
brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 237 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OPHTHALMIC AGENTS		
brimonidine-timolol 0.2%-0.5%	\$0 (Tier 1)	
brinzolamide 1% eye drops	\$0 (Tier 1)	
dorzolamide hcl 2% eye drops	\$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
latanoprost 0.005% eye drops	\$0 (Tier 1)	
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	ST
methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)	\$0 (Tier 1)	
RHOPRESSA 0.02% OPHTH SOLUTION	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 30 days)
travoprost 0.004% eye drop	\$0 (Tier 1)	ST
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
OTIC AGENTS		
OTIC AGENTS		
acetic acid 2% ear solution	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 238 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용
		제한
1 -10		
악 이듬		
약 이름		필요한 조치, 제한 또는 사용
	보이 양문 비욘	필요하 조치 게하 또는 사요
ofloxacin 0.3% ear drops	\$0 (Tier 1)	
	,	
neomycin-polymyxin-hc ear susp	\$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-hc ear soln	\$0 (Tier 1)	
fluocinolone oil 0.01% ear drp	\$0 (Tier 1)	
ciproflox-dexameth otic susp	\$0 (Tier 1)	
CIPRO HC OTIC SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	
OTIC AGENTS		
악 이름	부담 (계층 수준)	제한
약 이름	본인 약물 비용	필요한 조치, 제한 또는 사용

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 239 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	6	
fluticasone prop 250 mcg disk	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
fluticasone prop 50 mcg diskus	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
fluticasone prop 50 mcg spray	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDIHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0 (Tier 2)	QL (21.2 per 30 days)
ANTIHISTAMINES		
azelastine 0.1% (137 mcg) spry	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrp)	\$0 (Tier 1)	PA
desloratadine 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol	\$0 (Tier 1)	
levocetirizine 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 240 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERO	GIC	
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)
ipratropium br 0.02% soln	\$0 (Tier 1)	
ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
tiotropium 18 mcg cap-inhaler	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMI	ETIC	
albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 241 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)	\$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)	\$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
arformoterol 15 mcg/2 ml soln	\$0 (Tier 1)	PA NSO
epinephrine (0.15 mg auto-injct, 0.3 mg auto-inject)	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
levalbuterol conc 1.25 mg/0.5	\$0 (Tier 1)	PA NSO
levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
levalbuterol tar hfa 45mcg inh	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
NEFFY (1 MG/0.1 ML NASAL SPRAY, 2 MG/0.1 ML NASAL SPRAY)	\$0 (Tier 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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 242 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	8	
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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 243 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	8	
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 2)	PA
tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)	\$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0 (Tier 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		
cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)	\$0 (Tier 1)	
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, A	IRWAYS DISEASE	
roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
theophylline 80 mg/15ml oral solution	\$0 (Tier 1)	
theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 244 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, LA
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 245 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
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
sildenafil 20 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 246 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	S	
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)
pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)
pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)	\$0 (Her 1)	
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHE	R	
acetylcysteine (10% vial, 20% vial)	\$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)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 247 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATOR	RY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
	ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG NH	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
ı	BREO ELLIPTA (50-25 MCG NHALER, 100-25 MCG NHALR, 200-25 MCG INHALR)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
ı	BREYNA (80-4.5 MCG NHALER, 160-4.5 MCG NHALER)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
	BREZTRI AEROSPHERE NHALER	\$0 (Tier 2)	QL (10.7 per 30 days)
	budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
	COMBIVENT RESPIMAT 20- 100 MCG	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
	FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
Ī	FASENRA PEN 30 MG/ML	\$0 (Tier 2)	PA
1	fluticasone prop hfa 220 mcg	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 30 days)
	fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)	\$0 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 248 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
fluticasone-salmeterol hfa (45- 21, 115-21, 230-21)	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml	\$0 (Tier 1)	
NUCALA (100 MG/ML AUTO- INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 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

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 249 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
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		
carisoprodol 350 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
orphenadrine er 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 250 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
SLEEP DISORDER AGENTS		
SLEEP PROMOTING AGENTS		
eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
ramelteon 8 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tasimelteon 20 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 251 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
SLEEP DISORDER AGE	ENTS		
modafinil (* tablet)	100 mg tablet, 200 mg	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
sodium oxy	/bate 0.5 g/ml soln	\$0 (Tier 1)	PA
XYWAV 0.9 SOLUTION	5 GM/ML ORAL I	\$0 (Tier 2)	PA, LA
약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
SUPPLIES			
SUPPLIES			
gauze pads x 2	s & dressings - pads 2	\$0 (Tier 1)	ST
insulin pen	needle	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syrii ml	nge (disp) u-100 0.3	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syrii ml	nge (disp) u-100 1/2	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syrii	nge (disp) u-100 1ml	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
isopropyl a medicated	lcohol 0.7ml/ml pad	\$0 (Tier 1)	ST

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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 252 LAST UPDATED: 10/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
SUPPLIES		
needles, insulin disp., safety	\$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.

Formulary ID: 25516, Version: 32 253 LAST UPDATED: 10/2025

약물의색인	ACTHAR185	ALTAVERA 193
본 섹션에서는 알파벳순으로 약물	ACTHAR SELFJECT185	
이름을 검색하여 찾을 수 있습니	ACTHIB VACCINE225	
다. 이것은 약에 대한 추가 보장	ACTIMMUNE220	
정보를 찿을 수 있는 페이지 번호	ACTIVELLA193	ALYQ245
를 알려줄 것입니다.	acyclovir110,164	amantadine90
	acyclovir sodium110	ambrisentan245
1	ADACEL TDAP225	amcinonide159
1ST	adefovir dipivoxil103	amikacin sulfate31
GENERATION/TYPICAL93	ADEMPAS245	amiloride hcl144
	ADLARITY51	amiloride-
2	AIMOVIG AUTOINJECTOR64	hydrochlorothiazide140
2ND	AJOVY AUTOINJECTOR64	AMINOGLYCOSIDES31
GENERATION/ATYPICAL94	AJOVY SYRINGE64	AMINOSALICYLATES
	AKEEGA73	AND/OR PRODRUGS229
A	ALA-CORT159	amiodarone hcl133
abacavir106	albendazole89	amitriptyline hcl57
abacavir-lamivudine107	albuterol sulfate241	amlodipine besylate137
ABIGALE193	albuterol sulfate hfa 90 mcg	amlodipine besylate-
ABIGALE LO193	inhaler (Proair generic) 242	benazepril140
ABILIFY ASIMTUFII94,95	albuterol sulfate hfa 90 mcg	amlodipine-atorvastatin 140
ABILIFY MAINTENA95	inhaler (Proventil generic) 242	amlodipine-olmesartan140
abiraterone acetate 68	albuterol sulfate hfa 90 mcg	amlodipine-valsartan140
ABIRTEGA69	inhaler (Ventolin generic)242	amlodipine-valsartan-hctz 140
ABRYSVO VIAL225	ALCOHOL	ammonium lactate159
acamprosate calcium29	DETERRENTS/ANTI-	AMNESTEEM158
acarbose114	CRAVING29	amoxapine57
ACCUTANE158	ALECENSA73	amoxicillin36
	alendronate sodium230,231	
	alfuzosin hcl er183	
acetaminophen-codeine 120-12	aliskiren140	amphotericin b61
mg/523	ALKYLATING AGENTS68	amphotericin b liposome61
acetazolamide	allopurinol63	ampicillin sodium36
	alogliptin 114	
acetic acid238	alogliptin-metformin114	ampicillin-sulbactam37
	alosetron hcl174	
acitretin158	ALPHA-ADRENERGIC	SCLEROSIS (ALS)
	AGONISTS130	
	ALPHA-ADRENERGIC	anagrelide hcl126
	BLOCKING AGENTS131	
ACTEMRA ACTPEN 215	alprazolam 112	ANALGESICS 23

ANALGESICS	ANTI-HIV AGENTS,	ANTIHISTAMINES240
COMBINATIONS23	NUCLEOSIDE AND	ANTILEUKOTRIENES240
anastrozole72	NUCLEOTIDE REVERSE	ANTIMETABOLITES70
ANDROGENS189	TRANSCRIPTASE	ANTIMIGRAINE AGENTS64
ANESTHETICS28	INHIBITORS (NRTI)106	ANTIMIGRAINE AGENTS64
ANGELIQ193	ANTI-HIV AGENTS,	ANTIMYASTHENIC
ANGIOEDEMA AGENTS212	OTHER108	AGENTS66
ANGIOTENSIN II RECEPTOR	ANTI-HIV AGENTS,	ANTIMYCOBACTERIALS67
ANTAGONISTS131	PROTEASE INHIBITORS	ANTIMYCOBACTERIALS,
	(PI)108	
ENZYME (ACE)	ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED	ANTINEOPLASTICS68
ANNOVERA190	CORTICOSTEROIDS239	ANTINEOPLASTICS,
		OTHER71
ANTHELMINTHICS89	AGENTS110	ANTIPARASITICS89
ANTI-	ANTIANDROGENS68	ANTIPARKINSON AGENTS .90
ADDICTION/SUBSTANCE	ANTIANGIOGENIC AGENTS69	ANTIPARKINSON AGENTS,
AGENTS29	ANTIARRHYTHMICS133	ANTIPROTOZOALS89
	ANTIBACTERIALS31	
AGENTS173	${\tt ANTIBACTERIALS,OTHER.31}$	ANTIPSYCHOTICS101
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS	ANTICHOLINERGICS90	ANTISPASMODICS,
	ANTICOAGULANTS123	
	ANTICONVULSANTS42	
AGENTS174	ANTICONVULSANTS,	URINARY182
	OTHER42	
	ANTIDEMENTIA AGENTS51	
	ANTIDEPRESSANTS52	
	ANTIDEPRESSANTS,	
	OTHER52	
	ANTIDIABETIC AGENTS114	
(INSTI)104	ANTIEMETICS59	ANTIVIRAL, CORONAVIRUS
	ANTIEMETICS, OTHER59	
NUCLEOSIDE REVERSE	ANTIESTROGENS/MODIFIER	ANTIVIRALS102
	S70	
INHIBITORS (NNRTI)105	ANTIFUNGALS61	
	ANTIFUNGALS61	
	ANTIGOUT AGENTS63	· ·
	ANTIGOUT AGENTS63	
	ANTIHERPETIC AGENTS110	APRI193
		APTIVUS 108

AQNEURSA177	AUGTYRO71	benazepril-
ARALAST NP178	AUSTEDO152	hydrochlorothiazide141
ARANELLE193	AUSTEDO XR152,153	BENIGN PROSTATIC
ARANESP126	AUSTEDO XR TITRATION	HYPERTROPHY AGENTS 183
ARCALYST215	KT(WK1-4)153	BENLYSTA215
AREXVY VACCINE225	AUVELITY52	BENZODIAZEPINES112
arformoterol tartrate242	AVIANE194	benztropine mesylate90
ARIKAYCE31	AVMAPKI-FAKZYNJA71	BESIVANCE234
aripiprazole95	AVONEX154	BESREMI220
aripiprazole odt95	AVONEX (4 PACK)154	BETA-ADRENERGIC
ARISTADA95	AVONEX PEN154	BLOCKING AGENTS135
ARISTADA INITIO96	AVONEX PEN (4 PACK)154	BETA-LACTAM,
armodafinil251	AVYCAZ34	CEPHALOSPORINS34
ARNUITY ELLIPTA239	AYVAKIT73	BETA-LACTAM,
AROMATASE INHIBITORS,	AZASAN220	PENICILLINS36
3RD GENERATION72	AZASITE234	betaine anhydrous
asenapine maleate96	azathioprine220	betamethasone diprop
ASHLYNA193	azelaic acid158	augmented
aspirin-dipyridamole er129	azelastine hcl 234,240	betamethasone
ASTAGRAF XL220	azithromycin39	dipropionate159
atazanavir sulfate108	azithromycin 250 mg tablet	betamethasone valerate160
atenolol135	(dose pack)39	BETASERON 0.3 MG
atenolol-chlorthalidone141	azithromycin 500 mg tablet	INJECTION154
atomoxetine hcl150	(dose pack)39	betaxolol hcl135,237
atorvastatin calcium145	aztreonam31	bethanechol chloride 184
atovaquone89	AZURETTE194	BETOPTIC S237
atovaquone-proguanil hcl89		bexarotene88
atropine 1% eye drop233	В	BEXSERO225
atropine sulfate233	bacitracin234	BEYAZ194
ATROVENT HFA241	bacitracin-polymyxin234	bicalutamide69
ATTENTION DEFICIT	baclofen	BICILLIN C-R37
HYPERACTIVITY DISORDER	BALCOLTRA 194	BICILLIN L-A
AGENTS,	balsalazide disodium229	BIKTARVY104
AMPHETAMINES149	BALVERSA73,74	bimatoprost237
ATTENTION DEFICIT	BALZIVA194	BIMZELX215
HYPERACTIVITY DISORDER	BAQSIMI118	BIMZELX AUTOINJECTOR215
AGENTS, NON-	BARACLUDE103	BIPOLAR AGENTS113
AMPHETAMINES150	BAXDELA40	bisoprolol fumarate135
ATTRUBY141	bcg vaccine (tice strain)225	bisoprolol-
AUBRA194	benazepril hcl132	hydrochlorothiazide141
AUBRA EQ		BIVIGAM 213

BLISOVI 24 FE 194	butalbital-acetaminophen-	carisoprodol	250
BLISOVI FE194	caffeine 50-325-40 mg tablet 23	carteolol hcl	237
BLOOD GLUCOSE		CARTIA XT	137
REGULATORS114	C	carvedilol	135
BLOOD PRODUCTS AND	cabergoline209	caspofungin acetate	. 61
MODIFIERS123	CABLIVI 11 MG VIAL KIT129	CAYSTON	243
BLOOD PRODUCTS AND	CABOMETYX74	cefaclor	. 34
MODIFIERS, OTHER126	calcipotriene162	cefadroxil	. 34
BONSITY231	CALCITONIN GENE-RELATED	cefazolin sodium	.34
BOOSTRIX TDAP226	PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR	cefdinir	.34
bosentan245	ANTAGONISTS64	cefepime hcl	. 34
BOSULIF74	calcitonin-salmon231	cefixime	34
BRAFTOVI74	<i>calcitriol231</i>	cefotetan	35
BREO ELLIPTA248	CALCIUM CHANNEL	cefoxitin	.35
BREYNA248	BLOCKING AGENTS,	cefpodoxime proxetil	.35
BREZTRI AEROSPHERE 248	DIHYDROPYRIDINES137	cefprozil	35
BRIELLYN194	CALCIUM CHANNEL	ceftazidime	. <i>35</i>
BRILINTA129	BLOCKING AGENTS,	ceftriaxone	.35
brimonidine tartrate237	NONDIHYDROPYRIDINES.137	cefuroxime	.35
brimonidine tartrate-timolol. 238	CALCIUM CHANNEL	cefuroxime sodium	35
brinzolamide238	MODIFYING AGENTS45	celecoxib	. 24
BRIVIACT42	CALQUENCE74	CELLCEPT	220
bromfenac sodium235	CAMILA204	CENTRAL NERVOUS	
bromocriptine mesylate 91	CAMRESE LO194	SYSTEM AGENTS	149
BRONCHODILATORS,	CAMZYOS141	CENTRAL NERVOUS	
ANTICHOLINERGIC241	candesartan cilexetil131	SYSTEM AGENTS,	
BRONCHODILATORS,	CAPLYTA96	OTHER	152
SYMPATHOMIMETIC241	CAPRELSA74	cephalexin	. 35
BRUKINSA74	carbamazepine48	cevimeline hcl	157
budesonide230,239	carbamazepine er48	CHEMET	168
budesonide dr230	CARBAPENEMS38	chlordiazepoxide hcl	112
budesonide ec230	<i>carbidopa92</i>	chlorhexidine gluconate	157
budesonide-formoterol	carbidopa-levodopa92	chloroquine phosphate	89
fumarate248	carbidopa-levodopa er92	chlorpromazine hcl	93
bumetanide143	carbidopa-levodopa-	chlorthalidone	144
	entacapone91		
buprenorphine-naloxone29	CARDIOVASCULAR	cholestyramine	146
bupropion hcl52	AGENTS130	cholestyramine light	146
bupropion hcl sr30,52	CARDIOVASCULAR AGENTS,	CHOLINESTERASE	
bupropion xl52	OTHER139	INHIBITORS	.51
huspirone hel 111	cardumic acid 165	ciclonirox	164

<i>cilostazol129</i>	clonidine hcl er150	CTEXLI178
CILOXAN234	clopidogrel130	cyclobenzaprine hcl250
CIMDUO107	clorazepate dipotassium46	cyclophosphamide68
<i>cimetidine</i> 176	clotrimazole61	<i>cyclosporine221,233</i>
CIMZIA (2 PACK)220	clotrimazole-	cyclosporine modified 221
CIMZIA 2X200 MG/ML	betamethasone162	cyproheptadine hcl240
SYRINGE KIT221	<i>clozapine</i> 101	CYRED194
cinacalcet hcl231	clozapine odt101	CYRED EQ195
CINRYZE212	COARTEM89	CYSTAGON178
CIPRO HC239	COBENFY101	CYSTARAN178
ciprofloxacin hcl 40,234	COBENFY STARTER	CYSTIC FIBROSIS
ciprofloxacin-d5w40	PACK101	AGENTS243
ciprofloxacin-	codeine sulfate27	
dexamethasone239	<i>colchicine</i>	D
citalopram hbr54	colesevelam hcl114,146	dabigatran etexilate 123
	colestipol hcl146	•
clarithromycin39	colistimethate32	DALVANCE32
CLEOCIN164	COMBIPATCH194	danazol189
CLIMARA PRO194	COMBIVENT RESPIMAT248	dantrolene sodium102
clindamycin (pediatric)32	COMETRIQ74	DANZITEN
clindamycin 1% gel 164	CONSTULOSE173	dapsone67
clindamycin hcl32	COPIKTRA74	DAPTACEL DTAP226
clindamycin pediatric32	CORLANOR141	daptomycin32
	CORTROPHIN	
•	CORTROPHIN GEL 400	
clindamycin phosphate 32,164	UNIT/5 ML185	dasatinib75
clindamycin phosphate-d5w32	COSENTYX (2 SYRINGES)215	DAURISMO
CLINIMIX169	COSENTYX SENSOREADY (2	DAYBUE178
CLINIMIX E169	PENS)215	DEBLITANE205
CLINISOL169	COSENTYX SENSOREADY	deferasirox168
	PEN215	
clobazam45	COSENTYX SYRINGE216	deferiprone (3 times a day). 168
clobetasol emollient160	COSENTYX UNOREADY	deflazacort185
clobetasol propionate160	PEN216	DELSTRIGO105
clomipramine hcl58	COTELLIC	demeclocycline hcl41
clonazepam	CRENESSITY 187	DENTAL AND ORAL
clonazepam 0.125 mg odt46	CREON178	AGENTS157
clonazepam 0.5 mg odt46	CRINONE	DENTAL AND ORAL
	cromolyn sodium234,244	
<i>clonidine130</i>	CROTAN164	DEPO-ESTRADIOL190
clonidine hel 130	CRYSELLE 194	

DEPO-SUBQ PROVERA	diclofenac sodium 24,162,236	DOPTELET130
104205	diclofenac sodium er24	dorzolamide hcl238
DERMATITIS AND PRURITUS	dicloxacillin sodium37	dorzolamide-timolol233
AGENTS159	dicyclomine hcl	DOTTI190
DERMATOLOGICAL	DIFICID39	DOVATO105
AGENTS158	diflorasone diacetate160	doxazosin mesylate131
DERMATOLOGICAL AGENTS,	difluprednate236	doxepin hcl58,160
OTHER162	digoxin	doxercalciferol231
DESCOVY107	digoxin 125 mcg tablet 134	DOXY 10041
desipramine hcl58	digoxin 250 mcg tablet 134	doxycycline hyclate 41,157
desloratadine240	dihydroergotamine mesylate. 65	doxycycline monohydrate41
desmopressin 10 mcg/0.1 ml	DILANTIN	DRIZALMA SPRINKLE54
spr187	DILANTIN-12549	dronabinol60
desmopressin acetate 187	DILT-XR138	drospirenone-eth estra-
desonide160	diltiazem 12hr er138	levomef195
desoximetasone160	diltiazem 24hr er138	drospirenone-ethinyl
desvenlafaxine er54	diltiazem 24hr er (cd) 138	estradiol195
	diltiazem 24hr er (xr)138	
	diltiazem hcl	
dexamethasone sodium	dimethyl fumarate155	duloxetine hcl54
	diphenoxylate-atropine174	
dextroamphetamine sulfate 149	dipyridamole130	DUPIXENT SYRINGE216
	disopyramide phosphate134	
er149,150	disulfiram29	DUVYZAT178
dextroamphetamine-amphet	DIURETICS, LOOP143	DYSLIPIDEMICS, FIBRIC
er150	DIURETICS, POTASSIUM-	ACID DERIVATIVES145
dextroamphetamine-	SPARING144	DYSLIPIDEMICS, HMG COA
amphetamine149,150	DIURETICS, THIAZIDE 144	REDUCTASE INHIBITORS 145
	DIURIL144	
dextrose 10%-0.45% nacl169	divalproex sodium42	_
dextrose 2.5%-0.45% nacl. 169	divalproex sodium er43	E
dextrose 5%-0.2% nacl 170	dofetilide134	ec-naproxen25
	DOJOLVI	
dextrose 5%-0.45% nacl170	DOLISHALE195	EDURANT105
dextrose 5%-0.9% nacl 170	donepezil hcl51	EDURANT PED106
	donepezil hcl odt51	
DIACOMIT42	DOPAMINE AGONISTS91	efavirenz-emtric-tenofov
diazepam46,112		disop106
<i>diazoxide118</i>	AND/OR L-AMINO ACID	efavirenz-lamivu-tenofov
diclofenac epolamine24	DECARBOXYLASE	disop106
	INHIBITORS 92	

ELECTROLYTE/MINERAL	ENGERIX-B PEDIATRIC-	ESTRING	192
REPLACEMENTS165	ADOLESCENT226	ESTROGENS	190
ELECTROLYTE/MINERAL/ME	ENILLORING195	eszopiclone	251
TAL MODIFIERS168	enoxaparin sodium124	ethambutol hcl	.67
ELECTROLYTES/MINERALS/	ENPRESSE195	ethosuximide	. 45
METALS/VITAMINS165	ENSKYCE195	ethynodiol-ethinyl estradiol.	195
ELECTROLYTES/MINERALS/	ENSPRYNG	etodolac	. 25
METALS/VITAMINS169	entacapone91	etonogestrel-ethinyl	
ELIGARD209	<i>entecavir</i> 103	estradiol	195
	ENULOSE173		
SYRINGE	EPCLUSA103,104	EULEXIN	. 69
ELIGARD 30 MG SYRINGE209	EPIDIOLEX 100 MG/ML	everolimus75,	221
ELIGARD 45 MG SYRINGE209	SOLUTION43	EVOTAZ	109
ELIGARD 7.5 MG	epinephrine242	exemestane	73
SYRINGE	<i>eplerenone147</i>	EYSUVIS	236
	EPOGEN127	ezetimibe	146
	ERAXIS61	_	
eltrombopag olamine126,127	ERGOT ALKALOIDS65	F	
ELURYNG195	ERIVEDGE	FABHALTA	214
ELYXYB	ERLEADA69	FALMINA	195
	erlotinib hcl75	•	
	ERMEZA		
	ERRIN205		
3 SYRINGE)65	ertapenem38	FARXIGA	114
	ERYTHROCIN		
	LACTOBIONATE39		
	erythromycin40,165,235		
	erythromycin-benzoyl		
	<i>peroxide</i>	-	
•	ERZOFRI96		
	escitalopram oxalate54,55		
-	eslicarbazepine acetate49		
	esomeprazole magnesium . 177		
-	ESTARYLLA195	=	
enalapril-	ESTRACE191		
	estradiol191		
	estradiol (once weekly)191		
	estradiol (twice weekly)191		
	estradiol valerate 191		
		FILSUVEZ	
ENGERIX-RADIII T 226	acetat 195	finasteride	184

<i>fingolimod155</i>	furosemide144	GENETIC, ENZYME, OR
FINTEPLA43	FYAVOLV196	PROTEIN DISORDER:
FINZALA196	FYCOMPA43	REPLACEMENT, MODIFIERS,
FIRMAGON	FYLNETRA127	TREATMENT177
FLAREX236		GENETIC, ENZYME, OR
flavoxate hcl182	G	PROTEIN DISORDER:
flecainide acetate134	gabapentin46	REPLACEMENT, MODIFIERS,
fluconazole61	GALAFOLD178	TREATMENT177
fluconazole in saline61	galantamine er51	GENGRAF221
fluconazole-nacl61	galantamine hbr51	GENITOURINARY
flucytosine61	galantamine hydrobromide51	AGENTS182
fludrocortisone acetate185	GALBRIELA196	GENITOURINARY AGENTS,
flunisolide239	GALLIFREY	OTHER184
fluocinolone acetonide160	GAMMA-AMINOBUTYRIC	GENOTROPIN
	ACID (GABA) MODULATING	_
fluocinonide160	AGENTS45	gentamicin sulfate in ns31
fluocinonide-e161	GAMMAGARD LIQUID213	GENVOYA105
fluoride165	GAMMAGARD S-D213	GILENYA155
fluorometholone	GAMMAKED213	GILOTRIF76
fluorouracil	GAMMAPLEX213	GIMOTI59
fluoxetine hcl55	GAMUNEX-C213	GLASSIA179
fluphenazine decanoate93	GARDASIL 9	glatiramer acetate155
fluphenazine hcl93	GASTROINTESTINAL	GLATOPA155
flurbiprofen sodium236	AGENTS173	GLEOSTINE68
fluticasone	GASTROINTESTINAL	glimepiride114
propionate161,239,240	AGENTS, OTHER175	<i>glipizide114</i>
fluticasone propionate hfa 248	gatifloxacin235	glipizide er114
fluticasone-salmeterol249	GATTEX 5 MG INJECTION 175	<i>glipizide xl114,115</i>
fluticasone-salmeterol hfa 249	gauze pads & dressings - pads	glipizide-metformin115
fluvoxamine maleate55	2 x 2252	GLOPERBA64
	GAVILYTE-C175	
fondaparinux sodium124	GAVILYTE-G175	EMERGENCY KIT118
fosamprenavir calcium 109	GAVILYTE-N	GLUCOCORTICOIDS230
fosfomycin tromethamine 32	GAVRETO76	glucose 5%-0.9% nacl170
fosinopril sodium132	<i>gefitinib</i>	glucose in water170
fosinopril-	gemfibrozil145	<i>glyburide</i> 115
hydrochlorothiazide141	GEMMILY196	glyburide-metformin hcl115
FOTIVDA	GEMTESA182	GLYCEMIC AGENTS118
FRAGMIN	GENERLAC	glycopyrrolate175
FRUZAQLA		GOLYTELY175
FUI PHII A 127		GOMEKII 76

granisetron hcl60	HORMONAL AGENTS,	HUMALOG MIX 50-50
GRANIX127	STIMULANT/REPLACEMENT/	KWIKPEN120
GRASTEK214	MODIFYING (ADRENAL)185	HUMALOG MIX 75-25120
griseofulvin62	HORMONAL AGENTS,	HUMALOG MIX 75-25
griseofulvin ultramicrosize 62	STIMULANT/REPLACEMENT/	KWIKPEN120
guanfacine hcl131	MODIFYING (PITUITARY). 187	HUMATROPE187
guanfacine hcl er151	HORMONAL AGENTS,	HUMIRA221
GVOKE118	STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMIRA PEN222
GVOKE HYPOPEN 1-	MODIFYING (PITUITARY). 187	HUMIRA(CF)222
PACK119	HORMONAL AGENTS,	HUMIRA(CF) PEN222
GVOKE HYPOPEN 2-	STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-
PACK119	MODIFYING (SEX	UC-HS222
GVOKE PFS 1-PACK	HORMONES/MODIFIERS).189	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-
SYRINGE119	HORMONAL AGENTS,	ADOL HS222
GVOKE PFS 2-PACK	STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMULIN 70-30120
SYRINGE119	MODIFYING (SEX	HUMULIN 70/30 KWIKPEN 120
	HORMONES/MODIFIERS),	HUMULIN N120
H	OTHER193	HUMULIN N KWIKPEN121
HAEGARDA212	HORMONAL AGENTS,	HUMULIN R121
HAILEY 24 FE196	STIMULANT/REPLACEMENT/	hydralazine hcl148
halobetasol propionate161	MODIFYING (THYROID)206	hydrochlorothiazide144
HALOETTE196	HORMONAL AGENTS,	hydrocodone-
haloperidol93	STIMULANT/REPLACEMENT/	acetaminophen23
haloperidol decanoate93	MODIFYING (THYROID)206	·
haloperidol decanoate 10093	HORMONAL AGENTS,	10-325mg23
haloperidol lactate93	SUPPRESSANT (ADRENAL	hydrocodone-acetaminophen
HAVRIX226	OR PITUITARY)209	<i>5-325mg23</i>
HEATHER205	HORMONAL AGENTS,	hydrocodone-acetaminophen
HEMADY88	SUPPRESSANT (ADRENAL	7.5-325mg23
	OR PITUITARY)209	
heparin sodium125	HORMONAL AGENTS,	hydrocortisone161,230
HEPLISAV-B	SUPPRESSANT	hydrocortisone butyrate161
HERNEXEOS76	(THYROID)212	hydrocortisone valerate 161
HIBERIX VACCINE226	HUMALOG120	hydromorphone hcl27
HISTAMINE-2 (H2)	HUMALOG JUNIOR	hydroxychloroquine sulfate 89
RECEPTOR		
ANTAGONISTS176	HUMALOG KWIKPEN U-	hydroxyzine 2 mg/ml oral
HORMONAL AGENTS,	100120	solution112
	HUMALOG KWIKPEN U-	
MODIFYING (ADRENAL)185	200120	hydroxyzine pamoate112
		HYFTOR 223

	INGREZZA INITIATION	IQIRVO175
	PK(TARDIV)153	irbesartan131
ibandronate sodium231	INGREZZA SPRINKLE 153	irbesartan-
IBRANCE77	INLYTA78	hydrochlorothiazide142
IBTROZI	INQOVI71	ISENTRESS105
IBU25	INREBIC78	ISENTRESS HD105
ibuprofen25	insulin aspart121	ISIBLOOM197
icatibant212	insulin aspart flexpen 121	ISOLYTE P WITH
ICLEVIA196	insulin aspart penfill121	DEXTROSE170
ICLUSIG77	insulin aspart prot mix 70-	ISOLYTE S166
icosapent ethyl146	30121	isoniazid67
IDHIFA77	insulin glargine max	isopropyl alcohol 0.7ml/ml
ILUMYA216	solostar121	medicated pad252
imatinib mesylate77	insulin glargine solostar121	isosorbide dinitrate148
IMBRUVICA	insulin glargine-yfgn121	isosorbide mononit er 60 mg
imipenem-cilastatin sodium 38	insulin lispro121	tb148
imipramine hcl58	insulin lispro junior kwikpen. 121	isosorbide mononitrate er 148
imiquimod163	insulin lispro kwikpen u-100.121	isotretinoin
IMKELDI78	insulin lispro protamine mix. 121	ISTURISA188
IMMUNOGLOBULINS213	insulin pen needle252	ITOVEBI78
IMMUNOLOGICAL	insulin syringe (disp) u-100 0.3	itraconazole62
	ml252	
IMMUNOLOGICAL	insulin syringe (disp) u-100 1/2	ivermectin
AGENTS214	ml252	IWILFIN71
IMMUNOLOGICAL AGENTS,	insulin syringe (disp) u-100	IXIARO VACCINE227
OTHER215	1ml	
IMMUNOSTIMULANTS220	INSULINS120	J
IMMUNOSUPPRESSANTS 220	INTELENCE106	JAIMIESS197
IMOVAX RABIES	INTRALIPID	JAKAFI78
VACCINE226	INTRAROSA196	jantoven125
IMPAVIDO89	INTROVALE197	JANUMET116
IMVEXXY192	INVEGA HAFYERA97	JANUMET XR116
INCASSIA	INVEGA SUSTENNA97	JANUVIA116
INCRELEX188	INVEGA TRINZA97,98	JARDIANCE116
INCRUSE ELLIPTA241	INVOKAMET115	JASMIEL197
indapamide144	INVOKAMET XR115	JAVYGTOR179
indomethacin	INVOKANA115	JAYPIRCA78
INFANRIX DTAP VACCINE 226	IOPIDINE238	JAYTHARI185
INFLAMMATORY BOWEL	IPOL226	JINTELI197
DISEASE AGENTS229	ipratropium bromide 241	JOENJA216
INGRE77A 153	ipratropium-albuterol 249	JOURNAVX 23

JOYEAUX	197	KURVELO198	levobunolol hcl
JULEBER	197	KYLEENA198	levocarnitine171
JULUCA			levocetirizine
JUNEL	197	L	dihydrochloride240
		I-glutamine179	levofloxacin40
JUNEL FE 24	197	labetalol hcl135	levofloxacin-d5w40
JUXTAPID	146	lacosamide49	LEVONEST198
JYLAMVO	223	<i>lactulose</i> 173	levonorg-eth estrad eth
JYNARQUE	168	lamivudine107	estrad198
JYNNEOS VACCINE	227	lamivudine 100 mg tablet103	levonorgestrel-eth estradiol.198
		lamivudine-zidovudine107	LEVORA-28198
K		lamotrigine43	levorphanol tartrate26
KAITLIB FE	197	lamotrigine (blue)43	levothyroxine sodium207
KALETRA	109	lamotrigine (green)43	LEVOXYL207
KALYDECO	243	lamotrigine (orange)43	lidocaine28
KARIVA	198	lansoprazol-amoxicil-	lidocaine hcl28
kcl-d5w-0.2% nacl	170	<i>clarithro175</i>	lidocaine hcl viscous28
kcl-d5w-0.225% nacl	171	lansoprazole177	lidocaine-prilocaine28
kcl-d5w-0.45% nacl	171	LANTUS121	LILETTA199
kcl-d5w-0.9% nacl	171	LANTUS SOLOSTAR122	linezolid32
KELNOR 1-35	198	<i>lapatinib79</i>	linezolid-d5w32
KERENDIA	147	LARIN198	LINZESS173
ketoconazole	62	LARIN FE198	liothyronine sodium207
ketorolac tromethamine	236	latanoprost238	lisinopril
KEVEYIS	179	LAZCLUZE79	lisinopril-
KEVZARA	216	ledipasvir-sofosbuvir104	hydrochlorothiazide142
KINERET	216	leflunomide223	LITFULO216
KINRIX VACCINE	227	lenalidomide69	lithium carbonate113
KIONEX	172	LENVIMA79	lithium carbonate er 113
KISQALI	. 78,79	LESSINA198	lithium citrate113
KISQALI FEMARA CO-		<i>letrozole</i>	LITHOSTAT184
PACK	71	leucovorin calcium88	LIVTENCITY102
KLAYESTA	62	LEUKERAN68	LO LOESTRIN FE199
KLOR-CON 10	166	LEUKINE220	LOCAL ANESTHETICS 28
KLOR-CON 8	166	leuprolide acetate210	LOESTRIN199
KLOXXADO	30	leuprolide depot210	LOESTRIN FE199
KOSELUGO	79	levalbuterol concentrate242	lofexidine hcl29
KOURZEQ	157	levalbuterol hcl242	LOJAIMIESS199
KRAZATI	79	levalbuterol tartrate hfa242	LOKELMA172
KRINTAFEL	89	levetiracetam43	LONSURF71
KRISTAI OSE	173	levetiracetam er 44	Ioneramide 174

Iopinavir-ritonavir 109	MARPLAN53	methotrexate22	23
<i>lorazepam</i>	MAST CELL STABILIZERS 244	methotrexate sodium22	23
LORAZEPAM INTENSOL 113	MATULANE68	methoxsalen16	63
LORBRENA	MAVENCLAD155	methsuximide	45
LORYNA199	MAVYRET104	methylphenidate15	51
Iosartan potassium132	MAYZENT155,156	methylphenidate er15	51
losartan-	meclizine hcl59	methylphenidate er (la)15	51
hydrochlorothiazide142	medroxyprogesterone	methylphenidate hcl18	51
LOTEMAX236	acetate205	methylphenidate hcl cd18	52
loteprednol etabonate236	mefloquine hcl89	methylphenidate hcl er (cd).18	52
<i>lovastatin</i>	megestrol acetate205	methylphenidate la18	52
LOW-OGESTREL 199	megestrol acetate 40mg/ml oral	methylphenidate sr18	52
<i>loxapine</i> 94	suspension	methylprednisolone18	86
<i>lubiprostone</i>	MEKINIST80	methyltestosterone18	89
LUMAKRAS80	MEKTOVI80	metoclopramide hcl	59
LUMIGAN	MELEYA205	metolazone14	45
LUPKYNIS	meloxicam25	metoprolol succinate 13	36
LUPRON DEPOT210	memantine hcl51,52	metoprolol tartrate	36
LUPRON DEPOT	memantine hcl er52	metoprolol-	
(LUPANETA)210	MENOSTAR192	hydrochlorothiazide14	42
LUPRON DEPOT-PED210	MENQUADFI227	metronidazole	33
lurasidone hcl98	MENVEO VACCINE227	metyrosine14	42
LUTERA199	meperidine hcl27	mexiletine hcl13	34
LYBALVI98	meprobamate112	MIBELAS 24 FE19	99
LYLEQ205	mercaptopurine70	micafungin	62
LYLLANA192	<i>meropenem39</i>	miconazole 3	62
LYNPARZA80	MERZEE199	MICROGESTIN19	99
LYSODREN	mesalamine229	MICROGESTIN FE20	00
	mesalamine dr229		
LYUMJEV122	mesalamine er229	mifepristone2	10
LYUMJEV KWIKPEN U-100122	mesna88	MIGERGOT	ô5
LYUMJEV KWIKPEN U-200122	METABOLIC BONE DISEASE	miglustat17	79
LYZA205	AGENTS230	MILI20	00
	METABOLIC BONE DISEASE	MIMVEY20	00
M	AGENTS230	MINERALOCORTICOID	
M-M-R II VACCINE227	metformin hcl116	RECEPTOR	
MACROLIDES39	metformin hcl er116	ANTAGONISTS14	47
magnesium sulfate166,171	methadone hcl26	minocycline hcl	42
malathion164	methazolamide238	minoxidil14	48
<i>maraviroc</i> 108	methimazole212	MINZOYA20	00
MARLISSA 199	methocarbamol 250	MIPLYFFA 17	79

MIRENA200		NEUPOGEN127
mirtazapine53	N	NEUPRO91
	N-METHYL-D-ASPARTATE	NEVANAC
modafinil252	(NMDA) RECEPTOR	nevirapine106
MODEYSO81	ANTAGONIST51	nevirapine er106
moexipril hcl133	nabumetone25	NEXLETOL142
MOLECULAR TARGET	nadolol136	NEXLIZET147
INHIBITORS	nafcillin sodium37	NEXPLANON206
molindone hcl94	naftifine hcl165	NEXTSTELLIS200
mometasone furoate161	naloxone hcl30	niacin er147
MONOAMINE OXIDASE B	naltrexone hcl29	NICOTROL NS30
(MAO-B) INHIBITORS92	naproxen25	<i>nifedipine</i> 137
MONOAMINE OXIDASE	naratriptan 1 mg tablet 65	nifedipine er137
INHIBITORS53	naratriptan 2.5 mg tablet 65	NIKKI200
montelukast sodium 240	NATACYN235	nilutamide69
MOOD STABILIZERS113	NATAL PNV171	nimodipine137
morphine sulfate27	NATAZIA200	NINLARO81
morphine sulfate er26	nateglinide117	nitazoxanide89
MOUNJARO116	NAYZILAM47	NITRO-BID148
MOVANTIK174	nebivolol hcl	nitrofurantoin33
moxifloxacin40,235	NECON200	nitrofurantoin mono-macro33
moxifloxacin hcl40	needles, insulin disp., safety253	nitroglycerin148
MRESVIA227	nefazodone hcl55,56	nitroglycerin patch148
MULTAQ134	NEFFY242	NITROSTAT149
multiple electrolytes t1	NEO-POLYCIN233	NIVESTYM128
ph5.5166	NEO-POLYCIN HC233	nizatidine176
multiple electrolytes t1	neomycin sulfate31	NONSTEROIDAL ANTI-
ph7.4166	neomycin-bacitracin-poly-hc233	INFLAMMATORY DRUGS 24
MULTIPLE SCLEROSIS	neomycin-bacitracin-	NORA-BE206
AGENTS154	polymyxin233	NORDITROPIN FLEXPRO.188
<i>mupirocin</i>	neomycin-polymyxin-	norelgestromin-eth
MYALEPT175	dexameth233	estradiol200
	neomycin-polymyxin-	
mycophenolic acid223	gramicidin233	fum200
MYFEMBREE211	neomycin-polymyxin-hc233,239	norethindron-ethinyl
MYFORTIC223	neomycin-polymyxin-	estradiol200
MYHIBBIN223	hydrocort	norethindrone
	NEORAL224	
	NERLYNX81	
	NEUAC158	norethindrone-e.estradiol-
	NEULASTA 127	iron 201

norgestimate-ethinyl	ODOMZO81	OPIOID ANALGESICS,
estradiol	OFEV247	SHORT-ACTING27
NORTREL201	ofloxacin	OPIOID DEPENDENCE29
nortriptyline hcl58	OGSIVEO72	OPIOID REVERSAL
NORVIR109	OJEMDA81	AGENTS30
NOURIANZ91	OJJAARA81	OPIPZA98
NOVOLIN 70-30122	olanzapine98	OPSUMIT245
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN 122	olanzapine odt98	OPSYNVI
NOVOLIN N 122	olanzapine-fluoxetine hcl53	OPVEE30
NOVOLIN N FLEXPEN122	olmesartan medoxomil132	ORAPRED ODT186
NOVOLIN R 122	olmesartan-	ORENCIA217
NOVOLIN R FLEXPEN122	hydrochlorothiazide142	ORENCIA CLICKJECT217
NOVOLOG123	OLUMIANT217	ORENITRAM ER245
NOVOLOG FLEXPEN123	omega-3 acid ethyl esters . 147	ORENITRAM MONTH 1
NOVOLOG MIX 70-30123	omeprazole177	TITRATION KT246
	OMNITROPE188	
FLEXPEN123	OMVOH217	TITRATION KT246
NOVOLOG PENFILL 123	OMVOH PEN217	ORENITRAM MONTH 3
	ONAPGO91	
	ondansetron hcl60	
	ondansetron odt60	
	ONGENTYS91	
	ONUREG70	
	OPHTHALMIC AGENTS233	
	OPHTHALMIC AGENTS,	
	OTHER233	
	OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY	
	AGENTS234	
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL		OTEZLA
	INFECTIVES	
		OTIC AGENTS238
-	INFLAMMATORIES 235	
	OPHTHALMIC BETA-	
NYVEPRIA128	ADRENERGIC BLOCKING	•
0	AGENTS	•
	PRESSURE LOWERING	
	AGENTS, OTHER237	
	OPIOID ANALGESICS, LONG-	
	ACTING26	
ODEFSEY		oxycodone hcl27
ODLI 3L1107		UNYCOUUTIE TICH

oxycodone-acetaminophen . 24	pentoxifylline142	polymyxin b sul-
oxymorphone hcl28	perampanel44	trimethoprim235
	perindopril erbumine133	
OZEMPIC117	permethrin164	POMALYST70
	perphenazine94	PONVORY156
P	perphenazine-amitriptyline 53	PORTIA201
paliperidone er99	PERSERIS99	posaconazole63
PALYNZIQ179	PERSERIS ER 90 MG	POTASSIUM BINDERS172
PANCREAZE179	SYRINGE KIT99	potassium chloride166
PANRETIN88	PERTZYE180	potassium chloride in d5lr. 170
pantoprazole sodium177	phenelzine sulfate53	potassium chloride proamp 167
PANZYGA214	phenobarbital47	potassium chloride-0.45%
PARASYMPATHOMIMETICS.6	phenoxybenzamine hcl 131	nacl167
6	PHENYTEK49	potassium chloride-0.9%
paricalcitol231	phenytoin	nacl167
paroxetine hcl56	phenytoin sodium extended 50	potassium chloride-dextrose
PAXLOVID111	PHOSPHODIESTERASE	5%170
pazopanib hcl81	INHIBITORS, AIRWAYS	potassium chloride-water 167
	DISEASE	
PEDICULICIDES/SCABICIDES	PIFELTRO106	pramipexole dihydrochloride 91
164	pilocarpine hcl 157,233,238	
PEDVAXHIB227	pimecrolimus161	-
	, pimozide94	•
	PIMTREA201	
	pindolol136	-
	pioglitazone hcl117	
	piperacillin-tazobactam38	
	PIQRAY82	
	pirfenidone247	
	piroxicam	
	PLASMA-LYTE A166	
-	PLASMA-LYTE A PH 7.4166	
	PLATELET MODIFYING	
	AGENTS129	. •
	PLEGRIDY156	
	PLEGRIDY PEN156	
	PLENAMINE180	
	pmdd fluoxetine 10mg tablet .56	
	pmdd fluoxetine 20mg tablet .56	
	podofilox	_
	POLYCIN 235	_

PREVYMIS1	103	pyridostigmine bromide 66	RELEUKO128
PREZCOBIX1	109	pyridostigmine bromide er66	RELISTOR174
PREZISTA1	109	pyrimethamine90	repaglinide117
PRIFTIN	.67	PYRUKYND180	REPATHA SURECLICK147
primaquine	. 90	PYRUKYND 20 MG	REPATHA SYRINGE147
primidone	47	TABLET180	RESPIRATORY TRACT
PRIORIX2	227	PYRUKYND 5 MG TABLET 180	AGENTS, OTHER247
PRIVIGEN2	214	PYRUKYND 50 MG	RESPIRATORY
probenecid	64	TABLET180	TRACT/PULMONARY
probenecid-colchicine	.64		AGENTS239
prochlorperazine			RETACRIT128
prochlorperazine maleate	. 59	QBREXZA163	RETEVMO82
PROCRIT1	128	QINLOCK82	RETINOIDS88
PROCTO-MED HC1	161	QUADRACEL DTAP-IPV227	REVCOVI
PROCTOSOL-HC1	161	quetiapine fumarate99	REVUFORJ72
PROCTOZONE-HC1	161	quetiapine fumarate er99	REXULTI99
progesterone	206	quinapril hcl133	REYATAZ109
PROGESTINS2	204	quinidine gluconate134	REZDIFFRA208
PROGRAF2	224	quinidine sulfate134	REZLIDHIA82
PROLASTIN C1	180	quinine sulfate90	REZUROCK214
PROLIA2	231	QUINOLONES40	RHOPRESSA238
promethazine hcl	.59	QVAR REDIHALER240	<i>ribavirin</i> 104
PROMETHEGAN	60		rifabutin67
propafenone hcl	134	R	rifampin67
propafenone hcl er	134	RABAVERT VACCINE228	riluzole149
propranolol hcl	136	rabeprazole sodium177	rimantadine hcl110
propranolol hcl er	136	RADICAVA ORS149	RINVOQ217
propylthiouracil	212	RALDESY56	RINVOQ LQ217
PROQUAD2	227	raloxifene hcl206	risedronate sodium 231,232
PROSOL1	172	ramelteon251	risedronate sodium 35 mg tab
PROTECTANTS1	176	ramipril133	(dose pack of 12)232
PROTON PUMP		ranolazine er142	risperidone100
INHIBITORS1	177	rasagiline mesylate92	risperidone er100
protriptyline hcl	.58	RAVICTI180	risperidone odt 100
PRURADIK1	164	RAYALDEE231	ritonavir109
PULMONARY		REBIF156	rivaroxaban125
ANTIHYPERTENSIVES2	245	REBIF REBIDOSE156	rivastigmine51
PULMONARY FIBROSIS		RECLIPSEN202	RIVELSA202
AGENTS2	247	RECOMBIVAX HB228	RIVFLOZA180,181
PULMOZYME2	243	RECORLEV211	rizatriptan65
nvrazinamide	67	RFI FN7A 110	roflumilast 244

ROMVIMZA82	sildenafil citrate246	sodium polystyrene
ropinirole hcl92	SILIQ217	sulfonate
rosuvastatin calcium145	SILVADENE163	sodium sulfacetamide41
ROSYRAH202	silver sulfadiazine163	sofosbuvir-velpatasvir104
ROTARIX228	SIMLANDI(CF)	SOGROYA189
ROTATEQ228	SIMLANDI(CF)	SOHONOS232
ROZLYTREK82,83	AUTOINJECTOR224	solifenacin succinate 183
RUBRACA83	SIMPONI	SOLOSEC33
rufinamide50	simvastatin146	SOLTAMOX70
RUKOBIA108	<i>sirolimus</i>	SOMAVERT211
RYBELSUS117	SIRTURO68	sorafenib83
RYDAPT83	SIVEXTRO33	sotalol135
	SKELETAL MUSCLE	SOTALOL AF135
S	RELAXANTS250	SOTYKTU218
sacubitril-valsartan143	SKELETAL MUSCLE	SOVALDI104
SAFYRAL	RELAXANTS250	SPIRIVA RESPIMAT241
SAJAZIR212	SKYCLARYS153	spironolactone147
SANDIMMUNE224	SKYLA202	spironolactone-hctz143
SANTYL163	SKYRIZI218	SPRINTEC202
sapropterin dihydrochloride. 181	SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-	SPRITAM44
SAVELLA154	BODY218	SPS172
SCEMBLIX83	SKYRIZI ON-BODY218	SRONYX202
scopolamine60	SKYRIZI PEN217	SSD163
SECUADO100	SKYTROFA188	SSRIS/SNRIS (SELECTIVE
SELECTIVE ESTROGEN	SLEEP DISORDER	SEROTONIN REUPTAKE
	AGENTS251	
AGENTS206	SLEEP PROMOTING	NOREPINEPHRINE
selegiline hcl92	AGENTS251	REUPTAKE INHIBITOR)54
selenium sulfide162	SMOKING CESSATION	STELARA218
SELZENTRY108	AGENTS30	STIMUFEND128
SEREVENT DISKUS242	sod sulf-potass sulf-mag	STIOLTO RESPIMAT249
	<i>sulf176</i>	
	SODIUM CHANNEL	
RECEPTOR AGONISTS65	AGENTS48	STRIBILD105
sertraline hcl56	sodium chloride167	STRIVERDI RESPIMAT242
SETLAKIN202	sodium chloride-water 168	SUBVENITE44
SHAROBEL	sodium fluoride 2.2 mg (fluoride	SUBVENITE (BLUE)44
SHINGRIX VACCINE228	ion 1 mg) oral tablet168	SUBVENITE (GREEN)44
SIGNIFOR211	sodium oxybate252	SUBVENITE (ORANGE)44
SIKLOS181	sodium phenylbutyrate181	sucralfate176
sildenafil 246		sulfacetamide sodium 41.235

sulfacetamide-prednisolone 234	TALTZ 80 MG/ML	theophylline anhydrous 244
sulfadiazine41	SYRINGE218	theophylline er245
sulfamethoxazole-	TALTZ SYRINGE218	thioridazine hcl94
trimethoprim41	TALZENNA 84	thiothixene94
SULFAMYLON165	tamoxifen citrate70	THYQUIDITY208
sulfasalazine230	tamsulosin hcl	TIADYLT ER 139
sulfasalazine dr230	TARINA 24 FE202	tiagabine hcl47
SULFONAMIDES41	TARINA FE202	TIBSOVO84
<i>sulindac26</i>	TARINA FE 1-20 EQ202	TICOVAC228
sumatriptan65	TARPEYO214	tigecycline33
sumatriptan succinate66	TASCENSO ODT156	TIGLUTIK 50 MG/10 ML
sunitinib malate83	TASIGNA84	SUSP149
SUNLENCA108	tasimelteon251	TILIA FE203
SUPPLIES252	TAVALISSE130	timolol maleate137,237
SUPPLIES252	TAVNEOS214	<i>tinidazole33</i>
SUTAB174	<i>tazarotene159</i>	tiopronin184
SYEDA202	TAZICEF36	tiotropium bromide241
SYMDEKO243	TAZVERIK84	TIROSINT-SOL208
SYMLINPEN 120117	TEFLARO36	TIVICAY105
SYMLINPEN 60117	<i>telmisartan132</i>	TIVICAY PD105
SYMPAZAN47	temazepam251	tizanidine hcl102
SYMTUZA109	TENIVAC228	TOBI PODHALER244
SYNAREL211	tenofovir disoproxil	TOBRADEX234
SYNJARDY117	<i>fumarate</i> 103	tobramycin235,244
SYNJARDY XR117,118	TEPMETKO72	tobramycin sulfate31
SYNTHROID208	terazosin hcl131	tobramycin-
_	terbinafine hcl63	dexamethasone234
T	terconazole63	TOBREX235
TABLOID71	teriflunomide156	tolcapone91
TABRECTA72	teriparatide232	tolterodine tartrate183
<i>tacrolimus</i> 162,225	<i>testosterone</i>	tolterodine tartrate er183
tadalafil184	testosterone 10 mg gel	tolvaptan
tadalafil 20mg tablet (adcirca	pump190	TOPICAL ANTI-
generic)246	testosterone cypionate190	INFECTIVES164
TADLIQ246	testosterone enanthate 190	topiramate
TAFINLAR84	tetrabenazine153	toremifene citrate70
TAGRISSO84	tetracycline hcl42	TORPENZ85
TAKHZYRO212	TETRACYCLINES41	torsemide144
TALTZ 80 MG/ML	THALOMID	
AUTOINJECTOR218	theophylline 80 mg/15ml oral	TRACLEER 246
	solution 244	

trandolapril133	trimipramine maleate 58,59	valsartan-
tranexamic acid129	TRINTELLIX56	hydrochlorothiazide143
tranylcypromine sulfate54	TRIUMEQ107	VALTOCO48
TRAVASOL172	TRIUMEQ PD107	VALTYA203
<i>travoprost238</i>	TROPHAMINE172	vancomycin hcl33,34
trazodone hcl56	trospium chloride 183	VANFLYTA85
TREATMENT ADJUNCTS88	trospium chloride er183	VANRAFIA143
TREATMENT-RESISTANT.101	TRULANCE174	VAQTA228
TRELEGY ELLIPTA249	TRULICITY118	varenicline tartrate30
TRELSTAR211	TRUMENBA228	VARIVAX VACCINE229
TREMFYA218	TRUQAP85	VASODILATORS, DIRECT-
TREMFYA 100 MG/ML	TRYNGOLZA147	ACTING ARTERIAL148
	TUKYSA85	
TREMFYA PEN218	TURALIO85	ACTING
•	TURQOZ203	
PEN)219	TWINRIX228	VAXCHORA VACCINE229
<i>tretinoin</i>	TYBOST108	VELIVET203
TRI-ESTARYLLA203	TYMLOS232	VELSIPITY176
TRI-LEGEST FE203	TYPHIM VI	VEMLIDY103
TRI-LO-ESTARYLLA203	TYRVAYA	VENCLEXTA85
TRI-LO-SPRINTEC203	TYVASO DPI246	
TRI-MILI		TABLET85
TRI-SPRINTEC203	U	VENCLEXTA STARTING
TRI-VYLIBRA203	UBRELVY65	PACK85
TRI-VYLIBRA LO203	UDENYCA129	venlafaxine besylate er57
triamcinolone	UDENYCA	venlafaxine hcl57
acetonide157,162	AUTOINJECTOR129	venlafaxine hcl er57
triamterene-	UNITHROID209	
hydrochlorothiazid143	UPTRAVI247	VEOZAH153
triazolam251	<i>ursodiol</i> 176	verapamil er139
TRICYCLICS57	UZEDY100	verapamil er pm139
TRIDACAINE	7. 7	verapamil hcl139
TRIDACAINE II	V	verapamil sr139
TRIDERM162	VABOMERE39	VERQUVO143
<i>trientine hcl</i> 169	VACCINES	VERSACLOZ102
trifluoperazine hcl94	valacyclovir111	VERZENIO86
<i>trifluridine235</i>	VALCHLOR163	VESTURA203
trihexyphenidyl hcl90	valganciclovir hcl103	VIBERZI174
TRIKAFTA244	valproic acid45	VIENVA203
trimethobenzamide hcl60	valsartan132	vigabatrin48
trimethoprim33		VIGADRONE48

VIGAFYDE48	WIXELA INHUB250	ZARXIO129
VIGPODER48	WYMZYA FE	ZAVZPRET65
VIJOICE86		ZEGALOGUE
vilazodone hcl57	X	AUTOINJECTOR119
VIMKUNYA229	XALKORI	ZEGALOGUE SYRINGE119
VIOKACE181	XARAH FE204	ZEJULA87
VIRACEPT109	XARELTO126	ZELBORAF88
VIREAD103	XATMEP225	ZEMAIRA181
VITRAKVI86	XCOPRI50	ZENATANE
VIVITROL29	XDEMVY235	ZENPEP182
VIVOTIF229	XELJANZ219	ZEPATIER104
VIZIMPRO86	XELJANZ XR219	ZEPOSIA157
VONJO86	XELRIA FE204	ZERBAXA
VORANIGO86	XERMELO175	zidovudine108
voriconazole63	XGEVA232	ZIEXTENZO129
voriconazole 200 mg vial63	XIFAXAN34	ZILBRYSQ219
VOSEVI104	XIGDUO XR118	ziprasidone hcl101
VOWST176	XIIDRA234	ziprasidone mesylate101
VOYDEYA214	XOFLUZA110	ZIRGAN235
VRAYLAR101	XOLAIR219	ZOLINZA72
VTAMA163	XOLREMDI129	zolmitriptan66
	XOSPATA	-
VYFEMLA203	XPOVIO	zolpidem tartrate251
VYKAT XR119	XROMI181	zolpidem tartrate er251
VYLIBRA204	XTANDI69	ZOMACTON189
VYNDAMAX181	XULANE204	ZONISADE50
VYNDAQEL181	XYWAV252	zonisamide50
VYVGART HYTRULO67	**	ZORTRESS225
207	Y	ZORYVE164
W	YARGESA181	ZOVIA 1-35
WAINUA181	YASMIN 28204	ZTALMY48
WAKEFULNESS PROMOTING	YAZ204	ZURZUVAE53
AGENTS251	YF-VAX229	ZYDELIG88
warfarin sodium125	YONSA69	ZYKADIA88
WEGOVY143	YORVIPATH232	
WELIREG181	YUVAFEM193	
WESNATAL DHA	-	
COMPLETE172		
` ,	ZAFEMY204	
	zafirlukast240	
WINREVAIR 60 MG VIAL250	zaleplon	

CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스부

방법	고객 서비스부 – 연락처 정보
전화	1-877-412-2734통화는 무료입니다. CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스부는 주7일, 24 시간 연락하실 수 있습니다.CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스는 영어가 주 언어가 아닌사람들을 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