

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

2025 년 보장 약물 목록 (포뮬러리)

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

이 약물 목록은 10/01/2024 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: 17

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

서문

이 문서는 *보장 약물 목록*(*약물 목록*이라고도 함)이라고 합니다. 여기에는 CalOptima Health OneCare Complete 에서 보장하는 처방약이 무엇인지 알려드립니다. *약물 목록*은 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

A. 면책 조항	4
B. 자주 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 받기 위해 취해야 할 조치가 있습니까?	14
B5. 내가 원하는 약에 제한이 있는지 또는 약을 얻기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?.....	14
B6. CalOptima Health OneCare 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. 예외 적용을 받기까지 얼마나 걸립니까?	17

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



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

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



A. 면책조항

이것은 CalOptima Health OneCare Complete 에서 회원에게 보장되는 *약물 목록*입니다.

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 목록*을 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.

이용 가능 여부 통지서

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.

Arabic

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغتك، اتصل بالرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)** تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. اتصل بالرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)** هذه الخدمات مجانية.

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



Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY` 711)** հեռախոսահամարով: Հաշմանդամ մարդկանց տրամադրվող աջակցությունները և ծառայությունները, ինչպիսիք են բրայլյան այբուբենով և խոշոր տպագիր փաստաթղթերը, նույնպես հասանելի են: Չանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY` 711)** հեռախոսահամարով: Այս ծառայություններն անվճար են:

Chinese Simplified

注意: 如果您需要以您的语言获得帮助, 请致电 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。也为残障人士提供帮助和服务, 例如盲文和大字体的文件。请致电 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。这些服务是免费的。

Chinese Traditional

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)**。也為殘障人士提供幫助和服務, 例如盲文和大字體的文件。請致電 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。這些服務是免費的。

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY 711)**। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734 (TTY 711)**। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

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



Hindi

ध्यान दें: अगर आपको हिन्दी भाषा में सहायता चाहिए, तो **1-877-412-2734** (TTY 711) पर कॉल करें। विकलांगता वाले लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। **1-877-412-2734** (TTY 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

Hmong

CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ua yog lus Hmong, hu rau **1-877-412-2734** (TTY 711). Cov kev pab thiab kev pabcuam rau cov neeg tsis taus, zoo li cov ntaub ntawv nyob rau hauv daim ntawv Braille thiab luam ntawv loj, kuj muaj. Hu rau **1-877-412-2734** (TTY 711). Cov kev pab cuam no pub dawb.

Japanese

注：お客様の言語でのお手伝いが必要な場合は、**1-877-412-2734** (TTY 711) までお電話ください。障害をお持ちの方のために、点字や大きな文字での文書など支援とサービスをご用意しています。**1-877-412-2734** (TTY 711) までお電話ください。これらのサービスは無料でご利用いただけます。

Korean

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 글자 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 번호 **1-877-412-2734**(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 서비스는 무료입니다.

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



Laotian

ການເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາລາວ, ໂທຫາ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ເປັນຕົວພິມໃຫຍ່, ແມ່ນຍັງມີຢູ່. ໂທຫາ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ການບໍລິການແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

Mien

CAU FIM JANGX LONGX: Se gorngv meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac, douc waac lorz taux **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jau-louc tengx ziux goux waaic fangx mienh, dorh sou zoux benx braille, nqaapv bieqc domh zei-linh. Douc waac lorz taux **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Naaiv deix gong-bou jau-louc benx wangv-henh tengx hhangv oc.

Mon-Khmer, Cambodian

ប្រុងស្មារតី: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាខ្មែរ ទូរស័ព្ទទៅ លេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)**។ ជំនួយ និងសេវាសម្រាប់មនុស្សដែលពិការ ដូចជាឯកសារនៅក្នុងអក្សរច្រៀល និង អក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅ លេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)**។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។



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

Persian (Farsi)

❖ توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید، با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند مطالب با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. شماره تماس **1-877-412-2734** (TTY 711). این خدمات رایگان هستند.

Russian

ВНИМАНИЕ. Если вы хотите получить поддержку на своем языке, звоните по тел. **1-877-412-2734** (TTY 711). Также доступны вспомогательные устройства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например, документы, напечатанные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Обращайтесь по тел. **1-877-412-2734** (TTY 711). Услуги предоставляются бесплатно.

Spanish

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734** (TTY 711). También se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y letra grande. Llame al **1-877-412-2734** (TTY 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog

ATENSYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumentong nasa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY 711). Libre ang mga serbisyong ito.

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



Thai

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ ให้โทรศัพท์ไปที่ **1-877-412-2734 (TTY 711)**

การให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารในภาษาเบรลล์และเอกสารที่มีตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ ยังมีให้บริการ โทรศัพท์ **1-877-412-2734 (TTY 711)** บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Ukrainian

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте на номер **1-877-412-2734 (телетайп 711)**. Доступні допоміжні засоби й послуги для людей з обмеженими можливостями, зокрема документація, надрукована шрифтом Брайля, а також із великим розміром тексту. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734 (телетайп 711)**. Ці послуги надаються безкоштовно.

Vietnamese

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Chúng tôi cũng trợ giúp và cung cấp dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và chữ in khổ lớn. Xin gọi số **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Những dịch vụ này đều miễn phí.

Gujurati

ધ્યાન આપો: જો આપ ગુજરાતીમાં સહાયતા ઇચ્છો છો તો, કોલ કરો **1-877-412-2734 (TTY 711)**. વિકલાંગ વ્યક્તિઓ માટે મદદ અને સેવા, જેમ કે બ્રેઇલમાં દસ્તાવેજો અને મોટા અક્ષરની પ્રિન્ટ, પણ ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો **1-877-412-2734 (TTY 711)**. આ સેવાઓ મફત છે.

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



Portuguese

ATENÇÃO: Se você precisa de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Estão disponíveis também auxílio e serviços (documentos em braile ou impressão grande) para pessoas com deficiências. Ligue para **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Todos esses serviços são gratuitos.

Romanian

ATENȚIE: Dacă aveți nevoie de ajutor în limba dumneavoastră, sunați la **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Pentru persoanele cu dizabilități sunt disponibile diferite facilități și servicii, precum documente în Braille și în format mare. Sunați la **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Aceste servicii sunt gratuite.

Turkish

DİKKAT: Kendi dilinizde yardım almak için **1-877-412-2734 (TTY 711)** numaralı telefonu arayabilirsiniz. Engelli bireyler için Braille alfabesi ve büyük punto ile yazılmış belgeler gibi yardım ve hizmetlerimiz bulunmaktadır. **1-877-412-2734 (TTY 711)** numaralı telefonu arayabilirsiniz. Bu hizmetler ücretsizdir.

Urdu

توجہ: اگر آپ کو اردو میں مدد چاہیے تو، **1-877-412-2734 (TTY 711)**۔ معذور افراد کے لیے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ **1-877-412-2734 (TTY 711)** پر کال کریں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

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

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



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

B. 자주 묻는 질문 (FAQ)

*보장 약물 목록*에 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 특정 비타민 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 고객 서비스로 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 목록*에 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 B4 를 참조하십시오.

저희가 보장하는 최신 *약물 목록*은 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.

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



B2. 약물 목록은 변경되니까?

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

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

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

약물 규정에 대한 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

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

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

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



- 저희가 추가하는 약물은 다음과 같은 경우에만 이러한 변경을 할 수 있습니다:
 - 브랜드 약물의 새 일반 약물인 경우 또는
 - *약물 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 목록*에서 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 추가하는 경우 또는
- 저희가 브랜드 약물에 대한 보장 규칙이나 한도를 변경합니다

이러한 변경이 발생하면 저희는 다음을 실행할 것입니다:

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

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

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



- *약물 목록*에 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-B12 를 참조하십시오.

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

의학적 증상에 따른 *약물 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 B3 을 참조하십시오.

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



B7. 약물 목록에서 약물을 어떻게 찾을 수 있습니까?

약물을 찾는 두가지 방법이 있습니다:

- 알파벳 순서로 검색 가능 또는
- 의료 증상으로 검색 가능

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

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

B8. 복용하려는 약이 약물 목록에 없다면 어떻게 합니까?

찾는 약이 **약물 목록**에 없을 경우, 고객 서비스부에 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7 일 24 시간 연락하여 그것에 대해 문의하십시오. CalOptima Health OneCare 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 목록에서 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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

- 고객 서비스부에 복용하고자 하는 약과 같은 약들의 목록을 요청하십시오. 그런 후, 귀하의 의사나 다른 처방자에게 목록을 보여주십시오. 그들은 귀하가 복용하길 원하는 약과 같은 것으로서 *약물 목록*에 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.

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



B13. 일반 의약품이란 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 마찬가지로입니다.

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 장**을 읽어보십시오.

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

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

비약물 OTC 제품의 예로는 인슐린 주사 관련 물품이 포함됩니다.

CalOptima Health OneCare Complete *약물 목록*을 보시면 보장되는 OTC 약물을 확인할 수 있습니다.

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



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

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

B18. 가까운 약국에서 집으로 처방 약을 배달 받을 수 있습니까?

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


B19. 나의 부담금은 얼마입니까?

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

구간은 저희 *약물 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.

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

10/01/2024

C. 보장 약물 목록 개요

다음의 **보장 약물 목록**은 CalOptima Health OneCare Complete 가 보장하는 약에 대한 정보를 제공합니다. 목록에 있는 귀하의 약을 찾기 어려우시면, 섹션 I-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 를 통해 처방전을 받을 때는 Medi-Cal 수혜자 신분증(BIC)을 지참하십시오.

파트 D 약물에 대한 항소

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

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



C1. 의료 증상별 약물 목록

이 섹션의 약물은 의료 증상 치료에 사용되는 유형에 따라 범주로 분류됩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 심혈관계 약물 범주를 찾아보아야 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 이 약을 보장하지 않을 수 있습니다.
PA NSO	신규 회원이거나 이전에 이 약을 복용한 적이 없는 경우, 귀하(또는 담당 의사)는 이 약에 대한 처방전을 조제하기 전에 CalOptima Health OneCare Complete 로부터 사전 승인을 받아야 합니다. 사전 승인 없이는 CalOptima Health OneCare Complete 는 이 약을 보장하지 않을 수 있습니다.
QL	CalOptima Health OneCare Complete 는 처방전마다 또는 특정 기간 내에 보장되는 이 약의 양을 제한합니다.
ST	CalOptima Health OneCare 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.

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



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

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



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

10/01/2024

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
Analgesics Combinations		
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days), PA NSO
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENDOCET (5-325 MG TABLET, 7.5-325 MG TABLET, 10-325 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5-325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophen 7.5-325)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib (100 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib (50 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>diclofenac 2% solution pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac epolamine 1.3% ptch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sod er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium (dr 25 mg tab, dr 50 mg tab, dr 75 mg tab, ec 25 mg tab, ec 50 mg tab, ec 75 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ec-naproxen (dr 375 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
IBU (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
<i>ibuprofen (100 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indomethacin (25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meloxicam (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nabumetone (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naproxen (125 mg/5 ml suspen, 250 mg tablet, 375 mg tablet, dr 375 mg tablet, 500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>piroxicam (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Opioid Analgesics, Long-acting		
<i>fentanyl (12 patch, 25 patch, 50 patch, 75 patch, 100 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
<i>levorphanol tartrate (2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>methadone hcl (5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 100 mg tablet, sulf er 200 mg tablet, sulfate er 100 mg cap, sulfate er 120 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 15 mg tablet, sulf er 30 mg tablet, sulf er 60 mg tablet, sulfate er 10 mg cap, sulfate er 20 mg cap, sulfate er 30 mg cap, sulfate er 45 mg cap, sulfate er 50 mg cap, sulfate er 60 mg cap, sulfate er 75 mg cap, sulfate er 80 mg cap, sulfate er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone hcl er (er 10 mg tablet, er 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone hcl er (er 5 mg tablet, er 10 mg tab, er 15 mg tab, er 20 mg tab, er 30 mg tab, er 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
<i>oxymorphone hcl er 7.5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate (cit 1,200 mcg, cit 1,600 mcg, citrate 200 mcg, citrate 400 mcg, citrate 600 mcg, citrate 800 mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meperidine hcl (25 mg/ml vial, 50 mg/5 ml solution, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>morphine sulfate (sulf 10 mg/5 ml cup, sulf 10 mg/5 ml soln, sulf 20 mg/5 ml soln, sulf 100 mg/5 ml conc, sulfate ir 15 mg tab, sulfate ir 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxycodone hcl ((ir) 5 mg cap, (ir) 5 mg tablet, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml cup, 5 mg/5 ml soln, (ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, 15 mg tablet, (ir) 20 mg tab, 20 mg tablet, (ir) 30 mg tab, 30 mg tablet, 100 mg/5 ml conc)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
<i>oxymorphone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tramadol hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anesthetics		
Local Anesthetics		
<i>lidocaine 5% patch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine hcl 4% solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lidocaine hcl viscous (2% 15 ml cup, 2% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIDACAINE II 5% PATCH	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Alcohol Deterrents/Anti-craving		
<i>acamprosate calc dr 333 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naltrexone 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine hcl (2 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone (buprenorphin-naloxon 8-2 mg sl, buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm, buprenorphine-nalox 2-0.5mg tb, buprenorphine-nalox 4-1mg film, buprenorphine-nalox 8-2 mg tab, buprenorphine-nalox 8-2mg film, buprenorphine-nalox 12-3mg flm, buprenorphn-naloxn 2-0.5 mg sl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
LUCEMYRA 0.18 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml carpject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naloxone hcl 4 mg nasal spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL CARTRIDGE INHALER	\$0 (Tier 2)	QL (504 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
<i>varenicline starting month box</i>	\$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)
<i>varenicline tartrate (apo-varenicline 0.5 mg tablet, apo-varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel, vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin (25 mg/5 ml susp, mcr 25 mg cap, mcr 50 mg cap, mcr 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin mono-mcr 100 mg</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b sulfate vial</i>	\$0 (Tier 1)	
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
<i>tigecycline 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg a-v vial, 500 mg add-van vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
TAZICEF (1 GM ADD-VANTAGE VIAL, 1 GRAM VIAL, 6 GRAM VIAL)	\$0 (Tier 1)	
TEFLARO (400 MG VIAL, 600 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
ZERBAXA 1.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg tab chew, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>ampicillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial, 125 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin-sulbactam (ampicillin-sulb 1.5 g add vial, ampicillin-sulb 3 gm add vial, ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl, ampicillin-sulbactam 3 gm vial, ampicillin-sulbactam 15 gm btl, ampicillin-sulbactam 15 gm vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN C-R (1.2 MILLION UNIT, 900-300 SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	
BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS, 2,400,000 UNITS)	\$0 (Tier 2)	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bulk vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin (1 50 ml inj, 2 50 ml inj)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>oxacillin sodium (1 gm advantage vl, 1 gm vial, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g na 5 million unit</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g potassium (5 million, 20 million)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose (pen g 2 million unit/50 ml, pen g 3 million unit/50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>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)</i>	\$0 (Tier 1)	
Carbapenems		
<i>ertapenem 1 gram vial</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>imipenem-cilastatin sodium (250 mg vl, 500 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
Macrolides		
<i>azithromycin (1 gm pwd packet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 250 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 500 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DIFICID 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (20 per 10 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ofloxacin (300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Sulfonamides		
<i>sodium sulfacetamide 10% lot</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfadiazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
Tetracyclines		
<i>demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOXY 100 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5 ml susp, mono 50 mg tablet, mono 75 mg tablet, mono 100 mg cap, mono 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>minocycline hcl (50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
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
<i>divalproex sodium (dr 125 mg cap sprnk, sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX (100 MG/ML SOLN PACK, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
FYCOMPA (8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (680 per 28 days)
FYCOMPA 2 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
FYCOMPA 4 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
FYCOMPA 6 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>lamotrigine tab start kit-blue</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-green</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-orang</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
SPRITAM (250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 750 MG TABLET, 1,000 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)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
SUBVENITE TAB START KT(ORANGE)	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>valproic acid (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml cup, 500 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Modifying Agents		
<i>ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methsuximide 300 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
<i>clobazam (2.5 mg/ml suspension, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clonazepam (0.125 mg dis tab, 0.125 mg odt, 0.25 mg odt, 0.5 mg dis tablet, 0.5 mg odt, 1 mg dis tablet, 1 mg odt, 2 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam (2.5 mg rectal gel sys, 10 mg rectal gel syst, 20 mg rectal gel syst)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)
<i>primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
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
<i>vigabatrin 500 mg powder packt</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
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
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents		
LIBERVANT (5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM)	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 30 days), PA NSO
Sodium Channel Agents		
APTIOM (200 MG TABLET, 400 MG TABLET, 600 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
APTIOM 800 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
DILANTIN (30 MG CAPSULE, 50 MG INFATAB, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN 125 MG/5 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	
EPITOL 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5 ml cup, 100 mg/10 ml cup, 150 mg/15 ml cup, 200 mg/20 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lacosamide (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>phenytoin sodium extended (ext 100 mg cap, ext 200 mg cap, ext 300 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50-100 MG PAK, 150-200 MG PK)	\$0 (Tier 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
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidementia Agents		
Antidementia Agents, Other		
<i>ergoloid mesylates 1 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Cholinesterase Inhibitors		
ADLARITY (5 MG/DAY PATCH, 10MG/DAY PATCH)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (4 per 28 days)
<i>donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine 4 mg/ml oral soln</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine er 24 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidementia Agents		
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
<i>memantine hcl (5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl 2 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
<i>memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
Antidepressants, Other		
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>bupropion xl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg, 12-25 mg, 12-50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine-amitriptyline (2 mg-10 mg tab, 2 mg-25 mg tab, 4 mg-10 mg tab, 4 mg-25 mg tab, 4 mg-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZURZUVAE (20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 180 days), PA NSO
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (14 per 180 days), PA NSO
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)	\$0 (Tier 2)	PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
MARPLAN 10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tranylcypromine sulf 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>desvenlafaxine er (er 50 mg tab, er 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>nefazodone hcl 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>paroxetine hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine bes er 112.5 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
<i>vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
Tricyclics		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>trimipramine maleate 100 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antifungals		
Antifungals		
ABELCET 100 MG/20 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clotrimazole (1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	
ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-ns 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flucytosine (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antigout Agents		
Antigout Agents		
<i>allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antigout Agents		
<i>probenecid-colchicine tablet</i>	\$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 SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28.8 per 6 days)
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists		
AIMOVIQ 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)
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)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimigraine Agents		
NURTEC ODT 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (18 per 30 days)
UBRELVY (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (16 per 30 days)
ZAVZPRET 10 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA, QL (8 per 30 days)
Ergot Alkaloids		
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists		
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5 ml cart, 4 mg/0.5 ml inject, 6 mg/0.5 ml vial, 6 mg/0.5ml autoinj)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimigraine Agents		
<i>zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimyasthenic Agents		
Parasympathomimetics		
<i>pyridostigmine bromide (br 30 mg tablet, 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyridostigmine er 180 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimycobacterials		
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Antituberculars		
<i>ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PRIFTIN 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
SIRTURO (20 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
TREGATOR 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
GLEOSTINE (10 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
MATULANE 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERLEADA 60 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
NUBEQA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
XTANDI 80 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
YONSA 125 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	LA, PA NSO
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, 150 MG CAPSULE, 200 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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
SOLTAMOX (10 MG/5 ML SOLN, 20 MG/10 ML SOLN)	\$0 (Tier 2)	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Antimetabolites		
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	
Antineoplastics, Other		
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 28 days), PA NSO
IWILFIN 192 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
KISQALI FEMARA 200 MG CO-PACK	\$0 (Tier 2)	QL (49 per 28 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
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
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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>exemestane 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Molecular Target Inhibitors		
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ALECENSA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG 30 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
AYVAKIT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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
COTELLIC 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (63 per 21 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
<i>erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (21 per 21 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
GAVRETO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
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
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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
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
JAKAFI (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734**

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (63 per 28 days), PA NSO
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
KRAZATI 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
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
LORBRENA 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
LUMAKRAS 120 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 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
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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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 CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 80 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734**

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
RYDAPT 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
<i>sorafenib 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SPRYCEL (20 MG TABLET, 50 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SPRYCEL 70 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
<i>sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
TAGRISSE (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.1 MG CAPSULE, 0.1 MG SOFTGEL, 0.35 MG CAPSULE, 0.35 MG SOFTGEL, 0.5 MG CAPSULE, 0.5 MG SOFTGEL, 0.75 MG CAPSULE, 0.75 MG SOFTGEL, 1 MG CAPSULE, 1 MG SOFTGEL)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL)	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
TASIGNA (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TAZVERIK 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734**

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
TORPENZ (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TRUQAP (160 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (64 per 28 days), PA NSO
TUKYSA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
TURALIO 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VANFLYTA (17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 14 days), PA NSO
VENCLEXTA 10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
XALKORI 150 MG PELLETT	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
XALKORI 20 MG PELLETT	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
XALKORI 50 MG PELLETT	\$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
ZELBORAF 240 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734**

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
ZYDELIG (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZYKADIA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
Retinoids		
<i>bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	\$0 (Tier 2)	
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
MESNEX 400 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiprotozoals		
<i>atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25, 250-100)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 3 days)
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
KRINTAFEL 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
Anticholinergics		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml soln, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiparkinson Agents, Other		
<i>amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
ONGENTYS (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Dopamine Agonists		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEUPRO (1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>pramipexole 0.75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa (carbidopa-levodopa 10-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 tab, er 50-200 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
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)
ABILIFY MYCITE 10 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 15 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 2 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 20 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 30 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 5 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	\$0 (Tier 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)
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	\$0 (Tier 2)	QL (4.8 per 365 days)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	\$0 (Tier 2)	QL (2.63 per 70 days)
<i>lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10-10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
PERSERIS (ER 90 MG POWDER SYRNG, ER 90 MG SYRINGE KIT, ER 120 MG SYRINGE KIT)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PANSO
<i>quetiapine fumarate (fumarate 25 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 100 mg tab, 150 mg tablet, fumarate 200 mg tab, fumarate 300 mg tab, fumarate 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PANSO
<i>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
UZEDY (ER 150 MG/0.42 ML SYRINGE, ER 200 MG/0.56 ML SYRINGE, ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 56 days)
UZEDY (ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE, ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE, ER 100 MG/0.28 ML SYRINGE, ER 125 MG/0.35 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
<i>ziprasidone 20 mg/ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV (210 MG VIAL, 210 MG VL KIT)	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 28 days)
Treatment-Resistant		
<i>clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clozapine odt (odt 12.5 mg tablet, odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet, odt 150 mg tablet, odt 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antispasticity Agents		
Antispasticity Agents		
<i>baclofen (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tizanidine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TABLET, 50-200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
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)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
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 (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
COMPLERA TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
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)
<i>efavir-emtri-tenof 600-200-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>efavirenz-lamivu-tenofof disop (400-300-300, 600-300-300)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
INTELENCE 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
<i>nevirapine (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nevirapine er 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
PIFELTRO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
CIMDUO 300-300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
DESCOVY (120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine 200 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167-250mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	\$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
<i>lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine-zidovudine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ODEFSEY TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON 90 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	QL (1840 per 30 days)
SELZENTRY 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (480 per 30 days)
SELZENTRY 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
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)	
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lopinavir-ritonavir (lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml, lopinavir-ritonavir 100-25mg tb, lopinavir-ritonavir 200-50mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 2)	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 2)	
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (336 per 28 days)
PREVYMIS (240 MG TABLET, 480 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>valganciclovir 450 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days), PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDGE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>lamivudine hbv 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>tenofovir disop fum 300 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIREAD POWDER	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days)
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA (150-37.5 MG PELLETT PKT, 200-50 MG PELLETT PACK)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
MAVYRET 100-40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLETT PACKET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (140 per 28 days)
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
SOVALDI (150 MG PELLETT PACKET, 200 MG PELLETT 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-influenza Agents		
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)
Antitherpetic Agents		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>famciclovir 125 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>penciclovir 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
Antiviral, Coronavirus Agents		
PAXLOVID 150-100 MG DOSE PACK	\$0 (Tier 2)	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 5 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anxiolytics		
Anxiolytics, Other		
<i>buspirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydroxyzine hcl (10 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml syrup, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>meprobamate (200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anxiolytics		
Benzodiazepines		
<i>alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/ml oral conc, 25 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
<i>oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Bipolar Agents		
Mood Stabilizers		
<i>lithium 8 meq/5 ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1000 per 30 days)
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tb, er 450 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lithium citrate (8 meq/5 ml soln cup, 8 meq/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1000 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
Antidiabetic Agents		
<i>acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>alogliptin (6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>alogliptin-metformin (12.5-1000, 12.5-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
BYDUREON BCISE 2 MG AUTOINJECT	\$0 (Tier 2)	ST, QL (3.4 per 28 days)
<i>colesevelam hcl 3.75 g packet</i>	\$0 (Tier 1)	
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide xl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide xl 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin 2.5-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
<i>glyburid-metformin 1.25-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (240 per 30 days)
<i>glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
INVOKAMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TABLET, 150-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 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)
JANUMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
JANUVIA (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 2)	ST, QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	\$0 (Tier 2)	ST, QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
<i>repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RYBELSUS (3 MG TABLET, 7 MG TABLET, 14 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	ST, 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)
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)	ST, QL (2 per 28 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
XIGDUO XR (2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR (5 MG-500 MG TABLET, 10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Glycemic Agents		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 28 days)
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON EMERGENCY KIT (1 MG EMERGENCY KIT, 1 MG VIAL)	\$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)
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)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734**

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
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)
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml crt</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart prot mix 70-30 (mix70-30 pn, mix70-30 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine max solo u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
<i>insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro jr 100 unit/ml</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro mix 75-25 kwkpn</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734**

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
Anticoagulants		
<i>dabigatran etexilate (75 mg cap, 110 mg cp, 150 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
ELIQUIS (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0 (Tier 2)	
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium (2.5 mg/0.5 ml syr, 5 mg/0.4 ml syr, 7.5 mg/0.6 ml syr, 10 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	
FRAGMIN (10,000 UNIT/ML SYRINGE, 10,000 UNITS/ML SYRING)	\$0 (Tier 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)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
FRAGMIN (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)
FRAGMIN (25,000 UNITS/ML VIAL, 95,000 UNIT/3.8 ML VL)	\$0 (Tier 2)	QL (22.8 per 30 days)
FRAGMIN (5,000 UNIT/0.2 ML SYR, 5,000 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)
FRAGMIN (7,500 UNIT/0.3 ML SYR, 7,500 UNITS/0.3 ML SYR)	\$0 (Tier 2)	QL (9 per 30 days)
<i>heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>jantoven (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
<i>warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
XARELTO (1 MG/ML SUSPENSION, 2.5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 30D)	\$0 (Tier 2)	
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRINGE, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
 자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
EPOGEN (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNITS/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, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$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
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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (2,000 VIAL, 3,000 VIAL, 4,000 VIAL, 10,000 VIAL, 20,000 VIAL, 40,000 VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
PROMACTA (12.5 MG SUSPEN PACKET, 12.5 MG TABLET, 25 MG SUSPENSION PCKT, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (90 per 30 days)
PROMACTA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (30 per 30 days)
PROMACTA 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridam er 25-200 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA (60 MG TABLET, 90 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
CABLIVI (11 MG KIT, 11 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOPTELET ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (15 per 5 days)
DOPTELET (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0 (Tier 2)	PA
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$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		
<i>clonidine (0.1 patch, 0.2 patch, 0.3 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>droxidopa (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 14 days)
<i>guanfacine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Angiotensin II Receptor Antagonists		
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb, 32 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
<i>benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>benazepril hcl 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>lisinopril 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perindopril erbumine 2 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>perindopril erbumine 4 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>perindopril erbumine 8 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ramipril 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>trandolapril 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine gluc er 324 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
SORINE (120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SOTALOL AF (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine besylate 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet, er 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>nifedipine er 90 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
NYMALIZE 30 MG/5 ML ORAL SYRNG	\$0 (Tier 2)	PA
NYMALIZE 60 MG/10ML ORAL SYRINGE	\$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)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
DILT-XR (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 12hr er (12hr er 120 mg cap, 12hr er 60 mg cap, 12hr er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (24hr er 120 mg cap, 24hr er 180 mg cap, 24hr er 240 mg cap, 24hr er 300 mg cap, 24hr er 360 mg cap, 24hr er 420 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (cd) (24h er(cd) 120 mg cp, 24h er(cd) 180 mg cp, 24h er(cd) 240 mg cp, 24h er(cd) 300 mg cp, 24h er(cd) 360 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (xr) (24h er(xr) 120 mg cp, 24h er(xr) 180 mg cp, 24h er(xr) 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
TIADYL [®] ER (ER 120 MG CAPSULE, ER 180 MG CAPSULE, ER 240 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE, ER 360 MG CAPSULE, ER 420 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil er (er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil er pm (er 100 mg capsule, er 200 mg capsule, er 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil sr (sr 120 mg capsule, sr 180 mg capsule, sr 240 mg capsule, sr 360 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Cardiovascular Agents, Other		
<i>acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>aliskiren (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amlodipine besylate-benazepril (2.5-10, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg, 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan (5-160 mg, 5-320 mg, 10-160 mg, 10-320 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg, 10-160-12.5mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
ASPRUZYO SPRINKLE (ER 500MG PKT, ER 1000MG PK)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
CAMZYOS (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (560 per 30 days)
<i>digoxin 62.5 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ENTRESTO (24 MG-26 MG TABLET, 49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ivabradine hcl</i> (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>metyrosine</i> 250 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
WEGOZY (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)
WEGOZY (1.7 MG/0.75 ML PEN, 2.4 MG/0.75 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>torseamide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>gemfibrozil 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (45 per 30 days)
<i>simvastatin 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine (packet, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cholestyramine light (packet, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colesevelam 625 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ezetimibe 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 1 gram capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
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)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>omega-3 ethyl esters 1 gm cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PREVALITE (PACKET, POWDER)	\$0 (Tier 1)	
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 2)	PA
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
REPATHA 420 MG/3.5ML PUSHTRONX	\$0 (Tier 2)	PA
Mineralocorticoid Receptor Antagonists		
<i>eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate er (mn er 60 mg tablet, mononit er 30 mg tb, mononit er 60 mg tb, mononit er 120 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	\$0 (Tier 1)	

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)
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
TEGLUTIK 5 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>dextroamp-amphetamin 30 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
<i>dextroamphetamine 5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (150 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine (dextroamp-amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp-amphetamin 20 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
<i>atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate (10 mg/9hr, 15 mg/9hr, 20 mg/9hr, 30 mg/9hr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate 10 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate 5 mg/5 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1800 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 18 mg tab, er 27 mg tab, er 54 mg tab, er 72 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er (la) (er(la) 10mg cp, er(la) 20mg cp, er(la) 30mg cp, er(la) 40mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
<i>methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl cd (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er(cd) 10mg cp, er(cd) 20mg cp, er(cd) 30mg cp, er(cd) 40mg cp, er(cd) 50mg cp, er(cd) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate la (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate sr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Central Nervous System Agents, Other		
AUSTEDO (6 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
AUSTEDO 9 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR (18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
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 KT(6-12-24 MG)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (42 per 28 days)
AUSTEDO XR TITR(12-18-24-30MG)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA (40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA SPRINKLE (40 MG CAP, 60 MG CAP, 80 MG CAP)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
<i>tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
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 PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	\$0 (Tier 2)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	\$0 (Tier 2)	PA
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
<i> fingolimod 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i> glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
MAVENCLAD (10 MG 10 TABLET PK, 10 MG 4 TABLET PK, 10 MG 5 TABLET PK, 10 MG 6 TABLET PK, 10 MG 7 TABLET PK, 10 MG 8 TABLET PK, 10 MG 9 TABLET PK)	\$0 (Tier 2)	PA
MAYZENT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
MAYZENT 0.25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	\$0 (Tier 2)	PA, QL (7 per 4 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
PONVORY (14-DAY STARTER PACK, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
REBIF (22 MCG/0.5 ML SYRINGE, 44 MCG/0.5 ML SYRINGE, TITRATION PACK)	\$0 (Tier 2)	PA
REBIF REBIDOSE (22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, TITRATION PACK)	\$0 (Tier 2)	PA
TASCENSO ODT (ODT 0.25 MG TABLET, ODT 0.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide (7 mg tablet, 14 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA
ZEPOSIA (0.92 MG CAPSULE, STARTER KIT (28-DAY), STARTER PACK (7-DAY))	\$0 (Tier 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dental and Oral Agents		
Dental and Oral Agents		
<i>cevimeline hcl 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	\$0 (Tier 1)	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
Acne and Rosacea Agents		
AC CUTANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>azelaic acid 15% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clind ph-benzoyl perox 1.2-5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin-benzoyl gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
NEUAC GEL	\$0 (Tier 1)	
<i>tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
<i>tazarotene 0.1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
TAZORAC 0.05% CREAM	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.05% gel, 0.1% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
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)	
ALA-CORT 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>betamethasone diprop augmented (0.05% crm, 0.05% gel, 0.05% lot, 0.05% oin)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone dipropionate (0.05% crm, 0.05% lot, 0.05% oint, aug 0.05% crm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% cream, 0.25% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxepin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% scalp oil, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinonide-e 0.05% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream, 0.05% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint, 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimecrolimus 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIDERM (0.1% CREAM, 0.5% CREAM)	\$0 (Tier 1)	
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clotrimazole-betamethasone (crm, lot)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA
FILSUVEZ 10% GEL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>fluorouracil (2% soln, 5% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>fluorouracil 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (55 per 28 days)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	
REGRANEX 0.01% GEL	\$0 (Tier 2)	PA
SANTYL OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SILVADENE 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0 (Tier 2)	PA NSO
VTAMA 1% CREAM	\$0 (Tier 2)	PA
ZORYVE (0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0 (Tier 2)	PA
Pediculicides/Scabicides		
CROTAN 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>malathion 0.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>permethrin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Topical Anti-infectives		
<i>acyclovir 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>acyclovir 5% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	\$0 (Tier 2)	
<i>clindamycin 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, phos 1% pledget, phosp 1% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin (2% gel, 2% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mupirocin (2% cream, 2% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>naftifine hcl (1% cream, 2% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxiconazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
OXISTAT 1% LOTION	\$0 (Tier 2)	
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		
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluoride (0.25 mg tablet chew, 0.5 mg tablet chew, 1 mg tablet chewable)</i>	\$0 (Tier 1)	
ISOLYTE S IV SOLN PH7.4	\$0 (Tier 2)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate 50% syringe</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>multiple electrolytes t1 ph5.5</i>	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE 148 IV SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0 (Tier 2)	
<i>potassium chloride (cl10%(20meq/15ml)cup, cl10%(40meq/30ml)cup, cl20%(40meq/15ml)cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/100 ml sol, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20 meq/100 ml sol, cl 20% (40 meq/15ml), cl 30 meq/15 ml conc, cl 40 meq/100 ml sol, cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium chloride-0.9% nacl (20 meq/1,000ml-ns, 40 meq/1,000ml-ns)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>potassium citrate er (er 5 tab, er 10 tb, er 15 tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium cl 20 meq-0.45% nacl</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium cl 20 meq/10 ml conc</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium cl 20meq/100ml-water</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sodium chloride (saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig., sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 0.9% vial, sodium chloride 3% iv soln, sodium chloride 5% iv soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sodium chloride 0.9%-water</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
<i>deferasirox (90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 1,000 mg tb(3x/dy)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOJOLVI LIQUID	\$0 (Tier 2)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
JYNARQUE (15 MG TABLET, 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 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>tolvaptan (15 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
CLINIMIX (4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 2)	PA
CLINIMIX E (2.75%-5% SOLUTION, 4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 2)	PA
CLINISOL 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>d5%-1/2ns-kcl 40 meq/l iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 10%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>dextrose 10%-0.45% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl iv</i>	\$0 (Tier 2)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>dextrose 5%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-ns-kcl (20 in d5w-ns, 40 in d5w-nacl 0.9%)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0 (Tier 2)	PA
ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN	\$0 (Tier 2)	
<i>kcl 20 meq in d5w-0.45% nacl</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl 20 meq in d5w-lact ringer</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl 20 meq/l in d5w solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.2% nacl (10 meq/500 ml-d5w-0.2%nacl, 20 meq/l-d5w-0.2% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>kcl-d5w-0.225% nacl (10meq/500ml-d5w-0.225%nacl, 20 meq/l-d5w-0.225% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl (10 meq/500ml-d5w-0.45%nacl, 10 meq/l-d5w-0.45% nacl, 20 meq/l-d5w-0.45% nacl, 30 meq/l-d5w-0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.9% nacl (20 meq/l-d5w-0.9%, 40 meq/l-d5w-0.9%)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml, 50% vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATAL PNV TABLET	\$0 (Tier 2)	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0 (Tier 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
CONSTULOSE 10 GM/15 ML SOLN	\$0 (Tier 1)	
ENULOSE 10 GM/15 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GENERLAC 10 GM/15 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
KRISTALOSE (10 GM PACKET, 20 GM PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
<i>lactulose 10 gm packet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
RELISTOR (8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML KIT, 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
SUTAB 1.479-0.225-0.188 GM TAB	\$0 (Tier 2)	
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-diarrheal Agents		
AEMCOLO DR 194 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (12 per 3 days)
<i>alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
<i>diphenoxylate-atropine</i> (<i>diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5</i> , <i>diphenoxylate-atrop 2.5-0.025</i>)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XERMELO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Gastrointestinal Agents, Other		
GATTEX 5 MG INJECTION	\$0 (Tier 2)	PA
GAVILYTE-C SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-G SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-N SOLUTION	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
GOLYTELY SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
OCALIVA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg-3350 and electrolytes soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	\$0 (Tier 1)	
SEROSTIM 6 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VELSIPITY 2 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
VOWST CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (12 per 3 days)
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Protectants		
<i>misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sucralfate 1 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium (dr 20 mg cap, dr 40 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole (dr 10 mg capsule, dr 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ARALAST NP 1,000 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
ARALAST NP 500 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	
<i>betaine 1 gram/scoop powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
CREON (DR 3,000 CAPSULE, DR 6,000 CAPSULE, DR 12,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE, DR 36,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
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
DROXIA (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE, 400 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
GLASSIA 1 GM/50 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
JAVYGTOR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
KEVEYIS 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>l-glutamine 5 gram powder pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
ORMALVI 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
OXBRYTA (300 MG TABLET, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
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
PERTZYE (DR 4,000 CAPSULE, DR 8,000 CAPSULE, DR 16,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
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 TAPER PACK	\$0 (Tier 2)	PA, QL (7 per 7 days)
PYRUKYND 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5MG 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)
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (0.5 per 28 days)
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
<i>sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
TEGSEDI 284 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (6 per 28 days)
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 10,440-39,150 UNITS TB, 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
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
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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genitourinary Agents		
Antispasmodics, Urinary		
<i>darifenacin er (er 7.5 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tablet, er 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
MYRBETRIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (100 per 10 days)
<i>oxybutynin chloride (5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tablet, er 10 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genitourinary Agents		
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap, er 4 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>trospium chloride 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trospium chloride er 60 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Genitourinary Agents, Other		
<i>bethanechol chloride (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELMIRON 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
LITHOSTAT 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genitourinary Agents		
<i>tiopronin (100 mg tablet, dr 100 mg tablet, dr 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
ACTHAR GEL 400 UNIT/5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT (40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML)	\$0 (Tier 2)	PA
CORTROPHIN (GEL 80 UNIT/ML VIAL, GEL 400 UNIT/5 ML)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)
<i>deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
<i>fludrocortisone 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone sodium phos odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate (sod 1% eye drop, 5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
TAPERDEX 7 DAY 1.5 MG TAB PACK	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tb, 0.2 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA SV 2 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
GENOTROPIN (MINIQUICK 0.2 MG, MINIQUICK 0.4 MG, MINIQUICK 0.6 MG, MINIQUICK 0.8 MG, MINIQUICK 1 MG, MINIQUICK 1.2 MG, MINIQUICK 1.4 MG, MINIQUICK 1.6 MG, MINIQUICK 1.8 MG, MINIQUICK 2 MG, 5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 2)	PA
HUMATROPE (6 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE, 24 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
NORDITROPIN FLEXPPO (5 MG/1.5, 10 MG/1.5, 15 MG/1.5, 30 MG/3 ML)	\$0 (Tier 2)	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN (5, 10, 20)	\$0 (Tier 2)	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	\$0 (Tier 2)	PA
SEROSTIM (4 MG VIAL, 5 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
SKYTROFA (3 MG CARTRIDGE, 3.6 MG CARTRIDGE, 4.3 MG CARTRIDGE, 5.2 MG CARTRIDGE, 6.3 MG CARTRIDGE, 7.6 MG CARTRIDGE, 9.1 MG CARTRIDGE, 11 MG CARTRIDGE, 13.3 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
SOGROYA (5 MG/1.5 ML PEN, 10 MG/1.5 ML PEN, 15 MG/1.5 ML PEN)	\$0 (Tier 2)	PA
ZOMACTON (5 MG VIAL, 10 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
Androgens		
<i>danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>testosterone (1% (25mg/2.5g) pk, 1% (50 mg/5 g) pk, 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump, 1.62%(1.25 g) pkt, 12.5 mg/1.25 gram, 25 mg/2.5 gm pkt, 30 mg/1.5 ml pump, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>testosterone cypionate</i> (<i>testosteron 2,000 mg/10 ml,</i> <i>testosterone 100 mg/ml,</i> <i>testosterone 200 mg/ml,</i> <i>testosterone 500 mg/2.5 ml,</i> <i>testosterone 500 mg/5 ml,</i> <i>testosterone 1,000 mg/10ml,</i> <i>testosterone 1,000 mg/5 ml,</i> <i>testosterone 2,000 mg/10ml,</i> <i>testosterone 6,000 mg/30ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>testosterone enanthate</i> (<i>testosteron 1,000 mg/5 ml,</i> <i>testosterone 200 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Estrogens		
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0 (Tier 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)
ESTRACE 0.01% CREAM	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>estradiol (0.01% cream, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol (twice weekly) (0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol 0.05 mg patch (1/wk)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol valerate (20 mg/ml vl, 40 mg/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
ESTRING (2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG) RING)	\$0 (Tier 2)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)
MENEST (0.3 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
MENOSTAR 14 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 2)	
PREMARIN (0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, VAGINAL CREAM-APPL)	\$0 (Tier 2)	
YUVAFEM (10 MCG INSERT, 10 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers), Other		
ACTIVELLA 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALTAVERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AMETHIA 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$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)	
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)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (desogestrel-ee 0.15-0.03 mg tb, desogestrel-ethinyl estrad tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELURYNG VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENILLORING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENPRESSE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ENSKYCE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol-norethindrone acetat (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol (1mg-35mcg, 1mg-50mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	
FALMINA-28 TABLET	\$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)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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
INTROVALE 0.15-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	\$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)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
JUNEL FE (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE 24 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
KARIVA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
KELNOR 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KELNOR 1-50 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)	
LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	\$0 (Tier 1)	
LEENA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LESSINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
LEVONEST-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e estrad 0.15-0.03-0.01, levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01, levonorg 0.15mg-ee 20-25-30mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1-0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic)</i>	\$0 (Tier 1)	
LEVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
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)	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)	
MICROGESTIN 24 FE 1 MG-20 MCG	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
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)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norelgestrom-ee 150-35 mcg/day</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethin-eth estra-ferrous fum (noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75, norethin-estra-fe 0.8-0.025 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind-eth 1-0.02 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (1 mg/20-30-35 mcg, 1-0.02(21)-75 tab, 1-0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NORTREL (0.5-35-28 TABLET, 1-35 21 TABLET, 1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
NUVARING VAGINAL RING	\$0 (Tier 2)	
NYLIA (1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
NYMYO 0.25-0.035 MG (28) TAB	\$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)	
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)	
QUARTETTE TABLET	\$0 (Tier 1)	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
RIVELSA TABLET	\$0 (Tier 1)	
SAFYRAL TABLET	\$0 (Tier 2)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)	
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)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRIVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TURQOZ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TYDEMY 3-0.03-0.451 MG 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)	
VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
WYMZYA FE (0.4-0.035 MG CHEW TB, CHEWABLE TABLET)	\$0 (Tier 1)	
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
YASMIN 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
YAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35E TABLET	\$0 (Tier 1)	
Progestins		
CAMILA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
CRINONE (4% GEL, 8% GEL)	\$0 (Tier 2)	PA
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
ERRIN 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
HEATHER 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INCASSIA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYLEQ 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYZA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>megestrol acet 40 mg/ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>megestrol acetate 400mg/10ml oral suspension</i>	\$0 (Tier 1)	PA
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0 (Tier 2)	
NORA-BE TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrn 5 mg tb (lupaneta)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
ERMEZA 150 MCG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
EUTHYROX (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>levothyroxine sodium (13 mcg capsule, 25 mcg capsule, 25 mcg tablet, 50 mcg capsule, 50 mcg tablet, 75 mcg capsule, 75 mcg tablet, 88 mcg capsule, 88 mcg tablet, 100 mcg capsule, 100 mcg tablet, 112 mcg capsule, 112 mcg tablet, 125 mcg capsule, 125 mcg tablet, 137 mcg capsule, 137 mcg tablet, 150 mcg capsule, 150 mcg tablet, 175 mcg capsule, 175 mcg tablet, 200 mcg capsule, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
LEVOXYL (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>liothyronine sodium</i> (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	\$0 (Tier 1)	
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)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
TIROSINT-SOL (13 MCG/ML SOLN, 25 MCG/ML SOLN, 37.5 MCG/ML SOLN, 44 MCG/ML SOLN, 50 MCG/ML SOLN, 62.5 MCG/ML SOLN, 75 MCG/ML SOLN, 88 MCG/ML SOLN, 100 MCG/ML SOLN, 112 MCG/ML SOLN, 125 MCG/ML SOLN, 137 MCG/ML SOLN, 150 MCG/ML SOLN, 175 MCG/ML SOLN, 200 MCG/ML SOLN)	\$0 (Tier 2)	
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)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
 자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE KIT	\$0 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 45 MG SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
FIRMAGON (2 X 120 MG KIT, 2 X 120 MG VIALS, 80 MG KIT, 80 MG VIAL, 120 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>leuprolide depot 22.5 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (DEPOT 3.75 MG KIT, DEPOT-4 MONTH KIT, DEPOT 7.5 MG KIT, DEPOT 11.25 MG 3MO KIT, DEPOT 22.5 MG 3MO KIT, DEPOT 45 MG 6MO KIT)	\$0 (Tier 2)	PA NSO

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO, 45 MG 6MO KIT)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0 (Tier 2)	PA
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
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)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)		
Antithyroid Agents		
<i>methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propylthiouracil 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
Angioedema Agents		
CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 2)	PA
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	\$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
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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
PRIVIGEN 10% VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
Immunological Agents		
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)
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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
BIMZELX 160 MG/ML AUTOINJECTOR	\$0 (Tier 2)	PA
BIMZELX 160 MG/ML SYRINGE	\$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
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 (100 MG/0.67 ML SYRING, 200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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)
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH 100 MG/ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA
OMVOH 100 MG/ML SYRINGE	\$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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
RIDAURA 3 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET)	\$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
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	\$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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
TREMFYA (100 MG/ML INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
XELJANZ (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
XELJANZ XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
XOLAIR (75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SYRN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (12 per 28 days)
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SYRING	\$0 (Tier 2)	PA, QL (17 per 28 days)
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SYRNG	\$0 (Tier 2)	PA, QL (23 per 28 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LEUKINE 250 MCG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL (0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA BVD
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CIMZIA (2X200 MG/ML SYRINGE KIT, 2X200 MG/ML(X3)START KT, 200 MG VIAL KIT)	\$0 (Tier 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
<i>cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
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
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	\$0 (Tier 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HUMIRA(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 PEDI UC 80 MG	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-AHS 80-40	\$0 (Tier 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HYFTOR 0.2% GEL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	PA BVD

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
NEORAL (25 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
RAPAMUNE (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	PA BVD
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SIMPONI (100 MG/ML PEN INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 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)
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
<i>tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule, 5 mg capsule (ir))</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA BVD
Vaccines		
ABRYSVO VIAL	\$0 (Tier 2)	
ACTHIB (VIAL, WITH DILUENT)	\$0 (Tier 2)	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	
AREXVY	\$0 (Tier 2)	
<i>bcg vaccine (tice strain) vial</i>	\$0 (Tier 2)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
DAPTACEL DTAP VACCINE	\$0 (Tier 2)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids-ped</i>	\$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 VIAL, VIAL AND DILUENT SYRG, VIAL WITH DILUENT VIAL)	\$0 (Tier 2)	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	\$0 (Tier 2)	
INFANRIX DTAP SYRINGE	\$0 (Tier 2)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
IPOL VIAL	\$0 (Tier 2)	
IXCHIQ VIAL	\$0 (Tier 2)	
IXIARO (6 MCG/0.5 ML SYRINGE, 6 UNIT(6 MCG)/0.5ML SYR)	\$0 (Tier 2)	
JYNNEOS 0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	
JYNNEOS 0.5 ML VIAL(STOCKPILE)	\$0 (Tier 2)	
KINRIX TIP-LOK SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
M-M-R II VACCINE VIAL	\$0 (Tier 2)	
MENACTRA VIAL	\$0 (Tier 2)	
MENQUADFI VIAL	\$0 (Tier 2)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (1 VIAL-A-C-Y-W-135-DIP, A-C-Y-W KIT (2 VIALS))	\$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)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
PENBRAYA KIT	\$0 (Tier 2)	
PENTACEL VIAL KIT	\$0 (Tier 2)	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
PRIORIX VIAL	\$0 (Tier 2)	
PROQUAD VIAL	\$0 (Tier 2)	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	
RABAVERT (VACC W-DILUENT, VACCINE VIAL)	\$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 (ORAL SYRINGE, SUSPENSION)	\$0 (Tier 2)	
ROTATEQ VACCINE	\$0 (Tier 2)	
SHINGRIX VIAL KIT	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 365 days)
<i>tdvax vial</i>	\$0 (Tier 2)	
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRINGE, 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)	
VARIVAX VACCINE (VIAL, WITH DILUENT)	\$0 (Tier 2)	
VAXCHORA ACTIVE COMPONENT	\$0 (Tier 2)	
VAXCHORA VACCINE	\$0 (Tier 2)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	\$0 (Tier 2)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates and/or Prodrugs		
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine dr 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
PENTASA 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (480 per 30 days)
<i>sulfasalazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfasalazine dr 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
Glucocorticoids		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>budesonide dr 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>budesonide ec 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg/60 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
RAYALDEE (ER 30 MCG CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
<i>teriparatide (600 mcg/2.4ml pen, 620 mcg/2.48 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	\$0 (Tier 2)	PA, QL (2 per 30 days)
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
<i>atropine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCIN HC EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-bacit-polymix eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	\$0 (Tier 2)	PA
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (7 per 30 days)
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA, QL (8.4 per 30 days)
VUITY 1.25% EYE DROP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (5 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
Ophthalmic Anti-Infectives		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
BESIVANCE 0.6% SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0 (Tier 2)	PA
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levofloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (10% drops, 10% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
XDEMZY 0.25% DROP	\$0 (Tier 2)	PA
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0 (Tier 2)	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
ALOMIDE 0.1% EYE DROP	\$0 (Tier 2)	ST
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
<i>bromfenac sodium 0.09% eye drp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (3.4 per 180 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

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

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	\$0 (Tier 2)	
<i>carteolol hcl 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levobunolol 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>timolol maleate (0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>apraclonidine hcl 0.5% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Otic Agents		
Otic Agents		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Otic Agents		
CIPRO HC OTIC SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	
<i>ciproflox-dexameth otic susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinolone oil 0.01% ear drp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flunisolide 0.025% spray</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
<i>fluticasone prop 100mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>fluticasone prop 250 mcg disk</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0 (Tier 2)	QL (21.2 per 30 days)
Antihistamines		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrpr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocetirizine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Antileukotrienes		
<i>montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
<i>tiotropium 18 mcg cap-inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
<i>arformoterol 15 mcg/2 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>epinephrine (0.15 mg auto-inject, 0.3 mg auto-inject)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
<i>levalbuterol conc 1.25 mg/0.5</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol tar hfa 45mcg inh</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS 50 MCG	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
Cystic Fibrosis Agents		
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 2)	PA
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
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
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 2)	PA
<i>tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, LA
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
OPSUMIT 10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, LA
OPSYNVI (10-20 MG TABLET, 10-40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (30 per 30 days)
ORENITRAM ER (ER 0.125 MG TABLET, ER 0.25 MG TABLET, ER 1 MG TABLET, ER 2.5 MG TABLET, ER 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	\$0 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0 (Tier 2)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0 (Tier 2)	PA
<i>sildenafil 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (120 per 30 days)
TYVASO DPI (16 MCG CARTRIDGE, 16-32-48 MCG TITRAT, 32 MCG CARTRIDGE, 32-48 MCG MAINT KIT, 48 MCG CARTRIDGE, 64 MCG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 2)	PA
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)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Pulmonary Fibrosis Agents		
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine (10% vial, 20% vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG INH	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALER	\$0 (Tier 2)	QL (10.7 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	\$0 (Tier 2)	PA
<i>fluticasone prop hfa 220 mcg</i>	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol hfa (45-21, 115-21, 230-21)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
NUCALA (100 MG/ML AUTO-INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
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)
WIXELA INHUB (100-50, 250-50, 500-50)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Skeletal Muscle Relaxants		
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>carisoprodol 350 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>orphenadrine er 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Sleep Disorder Agents		
Sleep Promoting Agents		
<i>eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon 8 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Sleep Disorder Agents		
<i>modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate 0.5 g/ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
XYWAV 0.5 GM/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, LA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Supplies		
Supplies		
<i>gauze pads & dressings - pads 2 x 2</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>insulin pen needle</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (syring 0.5 ml 29g 1/2", syringe 1 ml 29g 1/2", syringe 1 ml 30g 1/2")</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Supplies		
<i>isopropyl alcohol 0.7 ml/ml medicated pad</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>needles, insulin disp., safety</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.
자세한 정보를 위해, 웹사이트 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.

약물의색인

본 섹션에서는 알파벳순으로 약물 이름을 검색하여 찾을 수 있습니다. 이것은 약에 대한 추가 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호를 알려줄 것입니다.

1

1st Generation/Typical 91

2

2nd Generation/Atypical 92

A

abacavir 102

abacavir-lamivudine 102

ABELCET 61

ABILIFY ASIMTUFII 92,93

ABILIFY MAINTENA 93

ABILIFY MYCITE 10 MG 93

ABILIFY MYCITE 15 MG 93

ABILIFY MYCITE 2 MG 93

ABILIFY MYCITE 20 MG 93

ABILIFY MYCITE 30 MG 93

ABILIFY MYCITE 5 MG 93

abiraterone acetate 68

ABRYSVO VIAL 220

acamprosate calcium 29

acarbose 111

ACCUTANE 154

acebutolol hcl 132

acetaminophen-codeine 23

acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 23

acetazolamide 136

acetazolamide er 232

acetic acid 233

acetylcysteine 242

acitretin 155

Acne and Rosacea Agents 154

ACTEMRA 210

ACTEMRA ACTPEN 210

ACTHAR 181

ACTHAR SELFJECT 181

ACTHIB 220

ACTIMMUNE 215

ACTIVELLA 189

acyclovir 108,161

acyclovir sodium 108

ADACEL TDAP 220

adefovir dipivoxil 106

ADEMPAS 240

ADLARITY 51

AEMCOLO 171

AIMOVIG AUTOINJECTOR 64

AJOVY AUTOINJECTOR 64

AJOVY SYRINGE 64

AKEEGA 72

ALA-CORT 156

albendazole 86

albuterol sulfate 236

albuterol sulfate hfa 236

albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Proair generic) 236

albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Proventil generic) 237

albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic) 237

Alcohol Deterrents/Anti-craving 29

ALECENSA 72

alendronate sodium 226

alfuzosin hcl er 180

aliskiren 137

Alkylating Agents 67

allopurinol 63

alogliptin 111

alogliptin-metformin 111

ALOMIDE 230

alosepron hcl 171

Alpha-adrenergic Agonists 127

Alpha-adrenergic Blocking Agents 128

alprazolam 110

ALTAVERA 189

ALUNBRIG 72

ALYACEN 189

ALYQ 240

amantadine 88

ambrisentan 240

Amantadine 88

amcinonide 156

AMETHIA 189

amikacin sulfate 31

amiloride hcl 141

amiloride-hydrochlorothiazide 137

Aminoglycosides 31

Aminosalicylates and/or Prodrugs 225

amiodarone hcl 130

amitriptyline hcl 57

amlodipine besylate 134

amlodipine besylate-benazepril 137

amlodipine-atorvastatin 137

amlodipine-olmesartan 137

amlodipine-valsartan 137

amlodipine-valsartan-hctz 137

ammonium lactate 156

AMNESTEEM 155

amoxapine 57

amoxicillin 36

amoxicillin-clavulanate potass 36

amphotericin b 61

amphotericin b liposome 61

ampicillin sodium 37

ampicillin trihydrate 36

ampicillin-sulbactam 37

Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Agents 146

anagrelide hcl 123

ANALGESICS.....	23	Anti-influenza Agents.....	107	Antispasmodics, Urinary....	179
Analgesics Combinations....	23	Antiandrogens.....	68	ANTISPASTICITY	
<i>anastrozole</i>	72	Antiangiogenic Agents.....	69	AGENTS.....	100
Androgens.....	185	Antiarrhythmics.....	130	Antispasticity Agents.....	100
ANESTHETICS.....	28	ANTIBACTERIALS.....	31	Antithyroid Agents.....	207
ANGELIQ.....	189	Antibacterials, Other.....	31	Antituberculars.....	67
Angioedema Agents.....	208	Anticholinergics.....	88	Antiviral, Coronavirus	
Angiotensin II Receptor		Anticoagulants.....	120	Agents.....	109
Antagonists.....	128	ANTICONVULSANTS.....	42	ANTIVIRALS.....	100
Angiotensin-converting Enzyme		Anticonvulsants, Other.....	42	ANUSOL-HC.....	225
(ACE) Inhibitors.....	129	ANTIDEMENTIA AGENTS.....	51	ANXIOLYTICS.....	109
ANNOVERA.....	186	Antidementia Agents, Other.....	51	Anxiolytics, Other.....	109
ANORO ELLIPTA.....	242	ANTIDEPRESSANTS.....	52	<i>apraclonidine hcl</i>	232
Anthelmintics.....	86	Antidepressants, Other.....	52	<i>aprepitant</i>	60
ANTI-		Antidiabetic Agents.....	111	APRI.....	189
ADDICTION/SUBSTANCE		ANTIEMETICS.....	59	APTIOM.....	48
ABUSE TREATMENT		Antiemetics, Other.....	59	APTIVUS.....	104
AGENTS.....	29	Antiestrogens/Modifiers.....	69	ARALAST NP.....	175
Anti-Constipation Agents....	170	ANTIFUNGALS.....	61	ARANELLE.....	189
Anti-cytomegalovirus (CMV)		Antifungals.....	61	ARANESP.....	123
Agents.....	105	ANTIGOUT AGENTS.....	63	ARCALYST.....	210
Anti-diarrheal Agents.....	171	Antigout Agents.....	63	AREXVY.....	220
Anti-hepatitis B (HBV)		Antiherpetic Agents.....	108	<i>arformoterol tartrate</i>	237
Agents.....	106	Antihistamines.....	235	ARIKAYCE.....	31
Anti-hepatitis C (HCV)		Antileukotrienes.....	235	<i>aripiprazole</i>	93,94
Agents.....	106	Antimetabolites.....	70	<i>aripiprazole odt</i>	94
Anti-HIV Agents, Integrase		ANTIMIGRAINE AGENTS.....	64	ARISTADA.....	94
Inhibitors (INSTI).....	100	Antimigraine Agents.....	64	ARISTADA INITIO.....	94
Anti-HIV Agents, Non-		ANTIMYASTHENIC		<i>armodafinil</i>	245
nucleoside Reverse		AGENTS.....	66	ARNUITY ELLIPTA.....	234
Transcriptase Inhibitors		ANTIMYCOBACTERIALS....	66	Aromatase Inhibitors, 3rd	
(NNRTI).....	101	Antimycobacterials, Other....	66	Generation.....	72
Anti-HIV Agents, Nucleoside		ANTINEOPLASTICS.....	67	<i>asenapine maleate</i>	94
and Nucleotide Reverse		Antineoplastics, Other.....	70	ASHLYNA.....	189
Transcriptase Inhibitors		ANTIPARASITICS.....	86	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	126
(NRTI).....	102	ANTIPARKINSON AGENTS.....	88	ASPRUZYO SPRINKLE....	138
Anti-HIV Agents, Other.....	103	Antiparkinson Agents, Other.....	88	ASTAGRAF XL.....	215
Anti-HIV Agents, Protease		Antiprotozoals.....	87	<i>atazanavir sulfate</i>	104
Inhibitors (PI).....	104	ANTIPSYCHOTICS.....	91	<i>atenolol</i>	132
Anti-inflammatories, Inhaled		Antispasmodics,		<i>atenolol-chlorthalidone</i>	138
Corticosteroids.....	234	Gastrointestinal.....	172	<i>atomoxetine hcl</i>	147,148

<i>atorvastatin calcium</i>	142	BALCOLTRA.....	190	BIMZELX.....	211
<i>atovaquone</i>	87	<i>balsalazide disodium</i>	225	BIMZELX AUTOINJECTOR	211
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	87	BALVERSA.....	73	BIPOLAR AGENTS.....	111
<i>atropine sulfate</i>	227	BALZIVA.....	190	<i>bisoprolol fumarate</i>	132
ATROVENT HFA.....	236	BAQSIMI.....	116	<i>bisoprolol-</i>	
Attention Deficit Hyperactivity		BARACLUDE.....	106	<i>hydrochlorothiazide</i>	138
Disorder Agents,		BAXDELA.....	40	BIVIGAM.....	208
Amphetamines.....	146	<i>bcg vaccine (tice strain)</i>	220	BLISOVI 24 FE.....	190
Attention Deficit Hyperactivity		<i>benazepril hcl</i>	129	BLISOVI FE.....	190
Disorder Agents, Non-		<i>benazepril-</i>		BLOOD GLUCOSE	
amphetamines.....	147	<i>hydrochlorothiazide</i>	138	REGULATORS.....	111
AUBRA.....	189	Benign Prostatic Hypertrophy		BLOOD PRODUCTS AND	
AUBRA EQ.....	189	Agents.....	180	MODIFIERS.....	120
AUGTYRO.....	70	BENLYSTA.....	210	Blood Products and Modifiers,	
AUSTEDO.....	149	Benzodiazepines.....	110	Other.....	123
AUSTEDO XR.....	149,150	<i>benztropine mesylate</i>	88	BOOSTRIX TDAP.....	220
AUSTEDO XR TITRATION		BESIVANCE.....	229	<i>bosentan</i>	240
KT(WK1-4).....	150	BESREMI.....	215	BOSULIF.....	73
AUVELITY.....	52	Beta-adrenergic Blocking		BRAFTOVI.....	73
AVIANE.....	189	Agents.....	132	BREO ELLIPTA.....	242
AVONEX.....	151	Beta-lactam, Cephalosporins	34	BREYNA.....	242
AVONEX PEN.....	151	Beta-lactam, Penicillins.....	36	BREZTRI AEROSPHERE.....	242
AVYCAZ.....	34	<i>betaine anhydrous</i>	175	BRIELLYN.....	190
AYVAKIT.....	72	<i>betamethasone diprop</i>		BRILINTA.....	126
AZASAN.....	215	<i>augmented</i>	156	<i>brimonidine tartrate</i>	232
AZASITE.....	229	<i>betamethasone</i>		<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	233
<i>azathioprine</i>	215	<i>dipropionate</i>	156	<i>brinzolamide</i>	233
<i>azelaic acid</i>	155	<i>betamethasone valerate</i>	156	BRIVIACT.....	42
<i>azelastine hcl</i>	230,235	BETASERON 0.3 MG		<i>bromfenac sodium</i>	230
<i>azithromycin</i>	39	INJECTION.....	151	<i>bromocriptine mesylate</i>	89
<i>azithromycin 250 mg tablet</i>		<i>betaxolol hcl</i>	132,232	BRONCHITOL.....	237
(dose pack).....	39	<i>bethanechol chloride</i>	180	Bronchodilators,	
<i>azithromycin 500 mg tablet</i>		BETOPTIC S.....	232	Anticholinergic.....	236
(dose pack).....	39	<i>bexarotene</i>	86	Bronchodilators,	
<i>aztreonam</i>	31	BEXSERO.....	220	Sympathomimetic.....	236
AZURETTE.....	189	BEYAZ.....	190	BRUKINSA.....	73
B		<i>bicalutamide</i>	68	<i>budesonide</i>	225,234
<i>bacitracin</i>	229	BICILLIN C-R.....	37	<i>budesonide dr</i>	225
<i>bacitracin-polymyxin</i>	229	BICILLIN L-A.....	37	<i>budesonide ec</i>	225
<i>baclofen</i>	100	BIKTARVY.....	100	<i>budesonide-formoterol</i>	
		<i>bimatoprost</i>	232	<i>fumarate</i>	243

<i>bumetanide</i>	140	<i>carbidopa-levodopa-</i>	CHOLBAM.....	175
<i>buprenorphine hcl</i>	29	<i>entacapone</i>	<i>cholestyramine</i>	143
<i>buprenorphine-naloxone</i>	29	CARDIOVASCULAR	<i>cholestyramine light</i>	143
<i>bupropion hcl</i>	52	AGENTS.....	Cholinesterase Inhibitors....	51
<i>bupropion hcl sr</i>	30,52	Cardiovascular Agents,	<i>ciclopirox</i>	161
<i>bupropion xl</i>	53	Other.....	<i>cilostazol</i>	127
<i>buspironone hcl</i>	109	<i>carglumic acid</i>	CILOXAN.....	229
<i>butalbital-acetaminophen-</i>		<i>carisoprodol</i>	CIMDUO.....	102
<i>caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	23	<i>carteolol hcl</i>	<i>cimetidine</i>	173
BYDUREON BCISE.....	112	CARTIA XT.....	CIMZIA.....	215
C		<i>carvedilol</i>	<i>cinacalcet hcl</i>	226
<i>cabergoline</i>	205	<i>casprofungin acetate</i>	CINRYZE.....	208
CABLIVI.....	126	CAYSTON.....	CIPRO HC.....	234
CABOMETYX.....	73	<i>cefaclor</i>	<i>ciprofloxacin hcl</i>	40,229
<i>calcipotriene</i>	159	<i>cefadroxil</i>	<i>ciprofloxacin-d5w</i>	40
Calcitonin Gene-Related		<i>cefazolin sodium</i>	<i>ciprofloxacin-</i>	
Peptide (CGRP) Receptor		<i>cefdinir</i>	<i>dexamethasone</i>	234
Antagonists.....	64	<i>cefepime hcl</i>	<i>citalopram hbr</i>	54
<i>calcitonin-salmon</i>	226	<i>cefixime</i>	CLARAVIS.....	155
<i>calcitriol</i>	226	<i>cefotetan</i>	<i>clarithromycin</i>	39
Calcium Channel Blocking		<i>cefoxitin</i>	CLEOCIN.....	161
Agents, Dihydropyridines....	134	<i>cefpodoxime proxetil</i>	CLIMARA PRO.....	190
Calcium Channel Blocking		<i>cefprozil</i>	<i>clindamycin (pediatric)</i>	32
Agents,		<i>ceftazidime</i>	<i>clindamycin 1% gel</i>	161
Nondihydropyridines.....	134	<i>ceftriaxone</i>	<i>clindamycin hcl</i>	32
Calcium Channel Modifying		<i>cefuroxime</i>	<i>clindamycin pediatric</i>	32
Agents.....	45	<i>cefuroxime sodium</i>	<i>clindamycin phos-benzoyl</i>	
CALQUENCE.....	73	<i>celecoxib</i>	<i>perox</i>	155
CAMILA.....	200	CELLCEPT.....	<i>clindamycin phosphate</i>	32,161
CAMRESE LO.....	190	CENTRAL NERVOUS	<i>clindamycin phosphate-d5w</i>	32
CAMZYOS.....	138	SYSTEM AGENTS.....	CLINIMIX.....	166
<i>candesartan cilexetil</i>	128	Central Nervous System	CLINIMIX E.....	166
CAPLYTA.....	94	Agents, Other.....	CLINISOL.....	166
CAPRELSA.....	73,74	<i>cephalexin</i>	<i>clobazam</i>	45
<i>carbamazepine</i>	48	<i>cevimeline hcl</i>	<i>clobetasol emollient</i>	156
<i>carbamazepine er</i>	48	CHEMET.....	<i>clobetasol propionate</i>	157
Carbapenems.....	38	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	<i>clomipramine hcl</i>	58
<i>carbidopa</i>	90	<i>chlorhexidine gluconate</i>	<i>clonazepam</i>	45,46
<i>carbidopa-levodopa</i>	90	<i>chloroquine phosphate</i>	<i>clonidine</i>	127
<i>carbidopa-levodopa er</i>	90	<i>chlorpromazine hcl</i>	<i>clonidine hcl</i>	128
		<i>chlorthalidone</i>	<i>clonidine hcl er</i>	148

<i>clopidogrel</i>	127	CYRED EQ.....	190	<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml</i>
<i>clorazepate dipotassium</i>	46	CYSTAGON.....	175	<i>spr</i>
<i>clotrimazole</i>	61	CYSTARAN.....	175	<i>desmopressin acetate</i>
<i>clotrimazole-</i>		Cystic Fibrosis Agents.....	237	<i>desogestr-eth estrad eth</i>
<i>betamethasone</i>	159			<i>estra</i>
<i>clozapine</i>	99	D		<i>desogestrel-ethinyl</i>
<i>clozapine odt</i>	99	<i>dabigatran etexilate</i>	120	<i>estradiol</i>
COARTEM.....	87	<i>dalfampridine er</i>	151	<i>desonide</i>
<i>codeine sulfate</i>	27	DALVANCE.....	32	<i>desoximetasone</i>
<i>colchicine</i>	63	<i>danazol</i>	185	<i>desvenlafaxine er</i>
<i>colesevelam hcl</i>	112,143	<i>dantrolene sodium</i>	100	<i>desvenlafaxine succinate er</i>
<i>colestipol hcl</i>	143	<i>dapsone</i>	66	<i>dexamethasone</i>
<i>colistimethate</i>	32	DAPTACEL DTAP.....	221	<i>dexamethasone sodium</i>
COMBIPATCH.....	190	<i>daptomycin</i>	32	<i>phosphate</i>
COMBIVENT RESPIMAT.....	243	<i>darifenacin er</i>	179	<i>dextroamphetamine</i>
COMETRIQ.....	74	<i>darunavir</i>	104	<i>sulfate</i>
COMPLERA.....	101	DAURISMO.....	74
CONSTULOSE.....	170	DAYBUE.....	175	<i>dextroamphetamine sulfate</i>
COPIKTRA.....	74	DEBLITANE.....	200	<i>er</i>
CORLANOR.....	138	<i>deferasirox</i>	165	<i>dextroamphetamine-amphet</i>
CORTROPHIN.....	181	<i>deferiprone</i>	165	<i>er</i>
COSENTYX (2 SYRINGES).....	211	<i>deferiprone (3 times a day)</i>	165	<i>dextroamphetamine-</i>
COSENTYX SENSOREADY (2		<i>deflazacort</i>	181	<i>amphetamine</i>
PENS).....	211	DELSTRIGO.....	101	<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i>
COSENTYX SENSOREADY		<i>demeclocycline hcl</i>	41	<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i>
PEN.....	211	DENTAL AND ORAL		<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i>
COSENTYX SYRINGE.....	211	AGENTS.....	154	<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>
COSENTYX UNOREADY		Dental and Oral Agents.....	154	<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i>
PEN.....	211	DEPO-ESTRADIOL.....	186	<i>dextrose 5%-0.45% nacl-</i>
COTELLIC.....	74	DEPO-SUBQ PROVERA		<i>kcl</i>
CREON.....	175	104.....	200	<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>
CRINONE.....	200	Dermatitis and Pruritus		<i>dextrose 5%-1/2ns-kcl</i>
<i>cromolyn sodium</i>	230,239	Agents.....	156	<i>dextrose 5%-ns-kcl</i>
CROTAN.....	160	DERMATOLOGICAL		<i>dextrose in water</i>
CRYSSELLE.....	190	AGENTS.....	154	DIACOMIT.....
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	244	Dermatological Agents,		<i>diazepam</i>
<i>cyclophosphamide</i>	67	Other.....	159	<i>diazoxide</i>
<i>cyclosporine</i>	216,228	DESCOVY.....	102	<i>diclofenac epolamine</i>
<i>cyclosporine modified</i>	216	<i>desipramine hcl</i>	58	<i>diclofenac potassium</i>
<i>cyproheptadine hcl</i>	235	<i>desloratadine</i>	235	<i>diclofenac sodium</i>
CYRED.....	190			<i>diclofenac sodium er</i>

<i>dicloxacillin sodium</i>	37	DOTTI.....	186	ELECTROLYTES/MINERALS/ METALS/VITAMINS.....	162
<i>dicyclomine hcl</i>	172	DOVATO.....	100	Electrolytes/Minerals/Metals/Vit amins.....	166
DIFICID.....	39,40	<i>doxazosin mesylate</i>	128	ELIGARD.....	205
<i>diflorasone diacetate</i>	157	<i>doxepin hcl</i>	58,157	ELIGARD 22.5 MG SYRINGE.....	205
<i>difluprednate</i>	231	<i>doxercalciferol</i>	226	ELIGARD 30 MG SYRINGE.....	205
<i>digoxin</i>	130,131,138	DOXY 100.....	41	ELIGARD 45 MG SYRINGE.....	205
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	65	<i>doxycycline hyclate</i>	41,154	ELIGARD 7.5 MG SYRINGE.....	205
DILANTIN.....	49	<i>doxycycline monohydrate</i>	41	ELIQUIS.....	121
DILANTIN-125.....	49	DRIZALMA SPRINKLE.....	54	ELMIRON.....	180
DILT-XR.....	135	<i>dronabinol</i>	60	ELURYNG.....	191
<i>diltiazem 12hr er</i>	135	<i>drospirenone-eth estro- levomef</i>	191	ELYXYB.....	64
<i>diltiazem 24hr er</i>	135	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	191	Emetogenic Therapy Adjuncts.....	60
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	135	DROXIA.....	175	EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE).....	64
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	135	<i>droxidopa</i>	128	EMGALITY PEN.....	64
<i>diltiazem hcl</i>	135	DUAVEE.....	201	EMGALITY SYRINGE.....	64
<i>dimethyl fumarate</i>	151	<i>duloxetine hcl</i>	55	EMSAM.....	53
<i>diphenoxylate-atropine</i>	172	DUPIXENT PEN.....	211	<i>emtricitabine</i>	102
<i>diphtheria-tetanus toxoids- ped</i>	221	DUPIXENT SYRINGE.....	211	<i>emtricitabine-tenofovir disop</i>	102,103
<i>dipyridamole</i>	127	<i>dutasteride</i>	180	EMTRIVA.....	103
<i>disopyramide phosphate</i>	131	Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives.....	142	<i>enalapril maleate</i>	129
<i>disulfiram</i>	29	Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors.....	142	<i>enalapril- hydrochlorothiazide</i>	138
Diuretics, Loop.....	140	Dyslipidemics, Other.....	143	ENBREL.....	216
Diuretics, Potassium- sparing.....	141	E <i>ec-naproxen</i>	24	ENBREL MINI.....	216
Diuretics, Thiazide.....	141	<i>econazole nitrate</i>	161	ENBREL SURECLICK.....	216
DIURIL.....	141	EDURANT.....	101	ENDOCET.....	23
<i>divalproex sodium</i>	42	<i>efavirenz</i>	101	ENGERIX-B ADULT.....	221
<i>divalproex sodium er</i>	43	<i>efavirenz-emtric-tenofov</i> <i>disop</i>	101	ENGERIX-B PEDIATRIC- ADOLESCENT.....	221
<i>dofetilide</i>	131	<i>efavirenz-lamivu-tenofov</i> <i>disop</i>	101	ENILLORING.....	191
DOJOLVI.....	165	EGRIFTA SV.....	183	<i>enoxaparin sodium</i>	121
DOLISHALE.....	190	Electrolyte/Mineral Replacements.....	162	ENPRESSE.....	191
<i>donepezil hcl</i>	51	Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers.....	165		
<i>donepezil hcl odt</i>	51				
Dopamine Agonists.....	89				
Dopamine Precursors and/or L- Amino Acid Decarboxylase Inhibitors.....	90				
DOPTELET.....	127				
<i>dorzolamide hcl</i>	233				
<i>dorzolamide-timolol</i>	228				

ENSKYCE.....	191	<i>ethosuximide</i>	45	<i>flavoxate hcl</i>	179
ENSPRYNG.....	152	<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i> ..	191	<i>flecainide acetate</i>	131
<i>entacapone</i>	89	<i>etodolac</i>	24	<i>fluconazole</i>	61
<i>entecavir</i>	106	<i>etonogestrel-ethinyl</i>		<i>fluconazole in saline</i>	61
ENTRESTO.....	138	<i>estradiol</i>	191	<i>fluconazole-nacl</i>	61
ENULOSE.....	170	<i>etravirine</i>	102	<i>flucytosine</i>	61
EPCLUSA.....	106,107	EUTHYROX.....	202	<i>fludrocortisone acetate</i>	182
EPIDIOLEX.....	43	<i>everolimus</i>	74,216	<i>flunisolide</i>	234
<i>epinephrine</i>	237	EVOTAZ.....	104	<i>fluocinolone acetonide</i>	157
EPITOL.....	49	<i>exemestane</i>	72	<i>fluocinolone acetonide oil</i> ..	234
<i>eplerenone</i>	144	EYSUVIS.....	231	<i>fluocinonide</i>	157
EPOGEN.....	124	<i>ezetimibe</i>	143	<i>fluocinonide-e</i>	157
EPRONTIA.....	43	F		<i>fluoride</i>	162
ERAXIS.....	61	FABHALTA.....	210	<i>fluorometholone</i>	231
<i>ergoloid mesylates</i>	51	FALMINA.....	191	<i>fluorouracil</i>	159
Ergot Alkaloids.....	65	<i>famciclovir</i>	108	<i>fluoxetine hcl</i>	55
ERIVEDGE.....	74	<i>famotidine</i>	174	<i>fluphenazine decanoate</i>	91
ERLEADA.....	68	FANAPT.....	94,95	<i>fluphenazine hcl</i>	91
<i>erlotinib hcl</i>	74	FARXIGA.....	112	<i>flurbiprofen sodium</i>	231
ERMEZA.....	202	FASENRA.....	243	<i>fluticasone</i>	
ERRIN.....	200	FASENRA PEN.....	243	<i>propionate</i>	157,234,235
<i>ertapenem</i>	38	<i>felbamate</i>	43	<i>fluticasone propionate hfa</i> ..	243
ERYTHROCIN		<i>felodipine er</i>	134	<i>fluticasone-salmeterol</i>	243
LACTOBIONATE.....	40	FEMRING.....	188	<i>fluticasone-salmeterol hfa</i> ..	243
<i>erythromycin</i>	40,161,229	<i>fenofibrate</i>	142	<i>fluvoxamine maleate</i>	55,56
<i>erythromycin-benzoyl</i>		<i>fenofibric acid</i>	142	FML FORTE.....	231
<i>peroxide</i>	155	<i>fentanyl</i>	25	<i>fondaparinux sodium</i>	121
<i>escitalopram oxalate</i>	55	<i>fentanyl citrate</i>	27	<i>fosamprenavir calcium</i>	104
<i>esomeprazole magnesium</i> ..	174	FERRIPROX.....	165	<i>fosfomycin tromethamine</i>	32
ESTARYLLA.....	191	<i>fesoterodine fumarate er</i> ...	179	<i>fosinopril sodium</i>	129
ESTRACE.....	186	FETZIMA.....	55	<i>fosinopril-</i>	
<i>estradiol</i>	187	Fibromyalgia Agents.....	151	<i>hydrochlorothiazide</i>	139
<i>estradiol (once weekly)</i>	187	FILSPARI.....	139	FOTIVDA.....	74
<i>estradiol (twice weekly)</i>	187	FILSUVEZ.....	159	FRAGMIN.....	121,122
<i>estradiol valerate</i>	187	<i>finasteride</i>	180	FRUZAQLA.....	75
<i>estradiol-norethindrone</i>		<i> fingolimod</i>	152	FULPHILA.....	124
<i>acetat</i>	191	FINTEPLA.....	43	<i>furosemide</i>	141
ESTRING.....	187	FINZALA.....	191	FUZEON.....	103
Estrogens.....	186	FIRMAGON.....	205	FYAVOLV.....	191
<i>eszopiclone</i>	245	FLAREX.....	231	FYCOMPA.....	43
<i>ethambutol hcl</i>	67			FYLNETRA.....	124

G	GENITOURINARY	GVOKE PFS 1-PACK
<i>gabapentin</i>46	AGENTS.....179	SYRINGE..... 117
GALAFOLD.....175	Genitourinary Agents, Other180	GVOKE PFS 2-PACK
<i>galantamine er</i> 51	GENOTROPIN.....183	SYRINGE..... 117
<i>galantamine hbr</i>51	<i>gentamicin sulfate</i> ... 31,161,229	H
<i>galantamine hydrobromide</i> ...51	<i>gentamicin sulfate in ns</i> 31	HAEGARDA.....208
Gamma-aminobutyric Acid	GENVOYA.....100	HAILEY 24 FE.....192
(GABA) Augmenting Agents. 48	GILENYA.....152	<i>halobetasol propionate</i> 158
Gamma-Aminobutyric Acid	GILOTRIF.....75	HALOETTE.....192
(GABA) Modulating Agents... 45	GIMOTI.....59	<i>haloperidol</i>91
GAMMAGARD LIQUID.....208	GLASSIA.....176	<i>haloperidol decanoate</i>91
GAMMAGARD S-D.....208	<i>glatiramer acetate</i>152	<i>haloperidol decanoate 100</i> ...91
GAMMAKED.....209	GLATOPA.....152	<i>haloperidol lactate</i>91
GAMMAPLEX.....209	GLEOSTINE.....68	HAVRIX.....221
GAMUNEX-C.....209	<i>glimepiride</i>112	HEATHER.....200
GARDASIL 9.....221	<i>glipizide</i>112	HEMADY.....86
GASTROINTESTINAL	<i>glipizide er</i>112	Hemostasis Agents.....126
AGENTS.....170	<i>glipizide xl</i>112	<i>heparin sodium</i>122
Gastrointestinal Agents,	<i>glipizide-metformin</i>112	HEPLISAV-B.....221
Other.....172	GLOPERBA.....63	HIBERIX.....221
<i>gatifloxacin</i>229	GLUCAGON EMERGENCY	Histamine-2 (H2) Receptor
GATTEX 5 MG INJECTION.172	KIT.....116	Antagonists.....173
<i>gauze pads & dressings - pads</i>	Glucocorticoids.....225	HORMONAL AGENTS,
<i>2 x 2</i>246	<i>glucose in water</i>167	STIMULANT/REPLACEMENT/
GAVILYTE-C.....172	<i>glyburide</i>113	MODIFYING (ADRENAL)..181
GAVILYTE-G.....172	<i>glyburide-metformin hcl</i>113	Hormonal Agents,
GAVILYTE-N.....172	Glycemic Agents.....116	Stimulant/Replacement/Modifiy
GAVRETO.....75	<i>glycopyrrolate</i>172	ng (Adrenal).....181
<i>gefitinib</i>75	GOLYTELY.....173	HORMONAL AGENTS,
<i>gemfibrozil</i>142	<i>granisetron hcl</i>60	STIMULANT/REPLACEMENT/
GEMMILY.....192	GRANIX.....124	MODIFYING (PITUITARY).183
GENERLAC.....170	GRASTEK.....210	Hormonal Agents,
GENETIC, ENZYME, OR	<i>griseofulvin</i>62	Stimulant/Replacement/Modifiy
PROTEIN DISORDER:	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...62	ng (Pituitary).....183
REPLACEMENT, MODIFIERS,	<i>guanfacine hcl</i>128	HORMONAL AGENTS,
TREATMENT.....175	<i>guanfacine hcl er</i>148	STIMULANT/REPLACEMENT/
Genetic, Enzyme, or Protein	GVOKE.....116	MODIFYING (SEX
Disorder: Replacement,	GVOKE HYPOPEN 1-	HORMONES/MODIFIERS).185
Modifiers, Treatment.....175	PACK.....116	
GENGRAF.....216	GVOKE HYPOPEN 2-	
	PACK.....116,117	

Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers), Other.....189	HUMULIN 70-30.....118 HUMULIN 70/30 KWIKPEN.118 HUMULIN N.....118 HUMULIN N KWIKPEN.....118 HUMULIN R.....118 <i>hydralazine hcl</i>145 <i>hydrochlorothiazide</i>141 <i>hydrocodone-acetaminophen</i> 10-325mg.....23 <i>hydrocodone-acetaminophen</i> 5- 325mg.....23 <i>hydrocodone-acetaminophen</i> 7.5-325mg.....23 <i>hydrocodone-ibuprofen</i>23 <i>hydrocortisone</i>158,225 <i>hydrocortisone butyrate</i>158 <i>hydrocortisone valerate</i>158 <i>hydromorphone hcl</i>27 <i>hydroxychloroquine sulfate</i> ..87 <i>hydroxyurea</i>70 <i>hydroxyzine hcl</i>109 <i>hydroxyzine pamoate</i>109	Immunoglobulins.....208 IMMUNOLOGICAL AGENTS.....208 Immunological Agents.....210 Immunological Agents, Other.....210 Immunostimulants.....215 Immunosuppressants.....215 IMOVAX RABIES VACCINE.....221 IMPAVIDO.....87 IMVEXXY.....188 INCASSIA.....200 INCRELEX.....184 <i>indapamide</i>141 <i>indomethacin</i>25 INFANRIX DTAP.....221 INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....225 INGREZZA.....150 INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....150 INGREZZA SPRINKLE.....150 INLYTA.....76 INQOVI.....70 INREBIC.....76 <i>insulin aspart</i>118 <i>insulin aspart flexpen</i>118 <i>insulin aspart penfill</i>118 <i>insulin aspart prot mix 70- 30</i>118 <i>insulin glargine max solostar</i>118 <i>insulin glargine solostar</i>118 <i>insulin glargine-yfgn</i>119 <i>insulin lispro</i>119 <i>insulin lispro junior kwikpen</i> .119 <i>insulin lispro kwikpen u-100</i> 119 <i>insulin lispro protamine mix</i> .119 <i>insulin pen needle</i>246 <i>insulin syringe</i>246
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)...202		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid).....202		
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....205		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary).....205		
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....207		
HUMALOG.....117		
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....117		
HUMALOG KWIKPEN U- 100.....117		
HUMALOG KWIKPEN U- 200.....117		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....117	<i>ibandronate sodium</i>226	
HUMALOG MIX 75-25.....118	IBRANCE.....75	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....118	IBU.....24 <i>ibuprofen</i>25 <i>icatibant</i>208	
HUMATROPE.....183	ICLEVIA.....192	
HUMIRA.....216	ICLUSIG.....75	
HUMIRA PEN.....216	<i>icosapent ethyl</i>143	
HUMIRA(CF).....217	IDHIFA.....75	
HUMIRA(CF) PEN.....217	ILUMYA.....212	
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S- UC-HS.....217	<i>imatinib mesylate</i>75	
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....217	IMBRUVICA.....76	
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS.....217	<i>imipenem-cilastatin sodium</i> ..39 <i>imipramine hcl</i>58 <i>imiquimod</i>159	

<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	246	IWILFIN.....	70	<i>ketorolac tromethamine</i>	231
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	246	IXCHIQ.....	222	KEVEYIS.....	176
<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	246	IXIARO.....	222	KEVZARA.....	212
Insulins.....	117	J		KINERET.....	212
INTELENCE.....	102	JAKAFI.....	76	KINRIX.....	222
INTRALIPID.....	167	<i>jantoven</i>	122	KIONEX.....	169
INTRAROSA.....	192	JANUMET.....	113	KISQALI.....	76,77
INTROVALE.....	192	JANUMET XR.....	113	KISQALI FEMARA CO- PACK.....	71
INVEGA HAFYERA.....	95	JANUVIA.....	114	KLOR-CON 10.....	162
INVEGA SUSTENNA.....	95	JARDIANCE.....	114	KLOR-CON 8.....	162
INVEGA TRINZA.....	95,96	JASMIEL.....	192	KLOXXADO.....	30
INVOKAMET.....	113	JAVYGTOR.....	176	KOSELUGO.....	77
INVOKAMET XR.....	113	JAYPIRCA.....	76	KOURZEQ.....	154
INVOKANA.....	113	JINTELI.....	192	KRAZATI.....	77
IOPIDINE.....	233	JOENJA.....	212	KRINTAFEL.....	87
IPOL.....	222	JOYEAUX.....	192	KRISTALOSE.....	170
<i>ipratropium bromide</i>	236	JULEBER.....	192	KURVELO.....	193
<i>ipratropium-albuterol</i>	243	JULUCA.....	101	KYLEENA.....	193
<i>irbesartan</i>	129	JUNEL.....	192		
<i>irbesartan- hydrochlorothiazide</i>	139	JUNEL FE.....	193	L	
ISENTRESS.....	100,101	JUNEL FE 24.....	193	<i>l-glutamine</i>	176
ISENTRESS HD.....	101	JUXTAPID.....	143	<i>labetalol hcl</i>	132
ISIBLOOM.....	192	JYLAMVO.....	218	<i>lacosamide</i>	49
ISOLYTE P WITH DEXTROSE.....	167	JYNARQUE.....	165	<i>lactulose</i>	170,171
ISOLYTE S.....	162	JYNNEOS.....	222	<i>lamivudine</i>	103,106
<i>isoniazid</i>	67	JYNNEOS (NATIONAL STOCKPILE).....	222	<i>lamivudine hbv</i>	106
<i>isopropyl alcohol 0.7 ml/ml medicated pad</i>	247	K		<i>lamivudine-zidovudine</i>	103
<i>isosorbide dinitrate</i>	145	KAITLIB FE.....	193	<i>lamotrigine</i>	43
<i>isosorbide mononitrate</i>	145	KALYDECO.....	238	<i>lamotrigine (blue)</i>	44
<i>isosorbide mononitrate er</i>	145	KARIVA.....	193	<i>lamotrigine (green)</i>	44
<i>isotretinoin</i>	155	<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i>	167	<i>lamotrigine (orange)</i>	44
ISTURISA.....	184	<i>kcl-d5w-0.225% nacl</i>	168	<i>lansoprazol-amoxicil- clarithro</i>	173
<i>itraconazole</i>	62	<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	168	<i>lansoprazole</i>	174
<i>ivabradine hcl</i>	139	<i>kcl-d5w-0.9% nacl</i>	168	<i>lapatinib</i>	77
<i>ivermectin</i>	87	KELNOR 1-35.....	193	LARIN.....	193
		KELNOR 1-50.....	193	LARIN FE.....	193
		KERENDIA.....	144	<i>latanoprost</i>	233
		<i>ketoconazole</i>	62	LAYOLIS FE.....	193
				<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	107

LEENA.....	193	<i>lisinopril-</i>	LYLEQ.....	200
<i>leflunomide</i>	218	<i>hydrochlorothiazide</i>	LYLLANA.....	188
<i>lenalidomide</i>	69	LITFULO.....	LYNPARZA.....	78
LENVIMA.....	77	<i>lithium</i>	LYSODREN.....	71
LESSINA.....	193	<i>lithium carbonate</i>	LYTGOBI.....	78
<i>letrozole</i>	72	<i>lithium carbonate er</i>	LYUMJEV.....	119
<i>leucovorin calcium</i>	86	<i>lithium citrate</i>	LYUMJEV KWIKPEN U-	
LEUKINE.....	215	LITHOSTAT.....	100.....	119
<i>leuprolide acetate</i>	205	LIVTENCITY.....	LYUMJEV KWIKPEN U-	
<i>leuprolide depot</i>	205	LO LOESTRIN FE.....	200.....	119
<i>levalbuterol concentrate</i>	237	Local Anesthetics.....	LYZA.....	200
<i>levalbuterol hcl</i>	237	LOESTRIN.....		
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	237	LOESTRIN FE.....		
<i>levetiracetam</i>	44	LOKELMA.....		
<i>levetiracetam er</i>	44	LONSURF.....		
<i>levobunolol hcl</i>	232	<i>loperamide</i>		
<i>levocarnitine</i>	168	<i>lopinavir-ritonavir</i>		
<i>levocetirizine</i>		<i>lorazepam</i>		
<i>dihydrochloride</i>	235	LORAZEPAM INTENSOL.....		
<i>levofloxacin</i>	40,229	LORBRENA.....		
<i>levofloxacin-d5w</i>	40	LORYNA.....		
LEVONEST.....	194	<i>losartan potassium</i>		
<i>levonorg-eth estrad eth</i>		<i>losartan-</i>		
<i>estrad</i>	194	<i>hydrochlorothiazide</i>		
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	194	LOTEMAX.....		
LEVORA-28.....	194	<i>loteprednol etabonate</i>		
<i>levorphanol tartrate</i>	26	<i>lovastatin</i>		
<i>levothyroxine sodium</i>	202	LOW-OGESTREL.....		
LEVOXYL.....	203	<i>loxapine</i>		
LIBERVANT.....	48	<i>lubiprostone</i>		
<i>lidocaine</i>	28	LUCEMYRA.....		
<i>lidocaine hcl</i>	28	LUMAKRAS.....		
<i>lidocaine hcl viscous</i>	28	LUMIGAN.....		
<i>lidocaine-prilocaine</i>	28	LUPKYNIS.....		
LILETTA.....	194	LUPRON DEPOT.....		
<i>linezolid</i>	32	LUPRON DEPOT		
<i>linezolid-d5w</i>	32	(LUPANETA).....		
LINZESS.....	171	LUPRON DEPOT-PED.....		
<i>liothyronine sodium</i>	203	<i>lurasidone hcl</i>		
<i>lisinopril</i>	129,130	LUTERA.....		
		LYBALVI.....		

M

M-M-R II VACCINE.....	222
Macrolides.....	39
<i>magnesium sulfate</i>	162,168
<i>malathion</i>	161
<i>maraviroc</i>	103
MARLISSA.....	195
MARPLAN.....	54
Mast Cell Stabilizers.....	239
MATULANE.....	68
MAVENCLAD.....	152
MAVYRET.....	107
MAYZENT.....	152
<i>meclizine hcl</i>	59
<i>medroxyprogesterone</i>	
<i>acetate</i>	200
<i>mefloquine hcl</i>	87
<i>megestrol acetate</i>	201
<i>megestrol acetate 400mg/10ml</i>	
<i>oral suspension</i>	201
MEKINIST.....	78
MEKTOVI.....	78
<i>meloxicam</i>	25
<i>memantine hcl</i>	52
<i>memantine hcl er</i>	52
MENACTRA.....	222
MENEST.....	188
MENOSTAR.....	188
MENQUADFI.....	222

MENVEO A-C-Y-W-135-	<i>metronidazole</i>	33	<i>multiple electrolytes t1</i>	
DIP.....	222	<i>metyrosine</i>	139	<i>ph5.5</i>
<i>meperidine hcl</i>	27	<i>mexiletine hcl</i>	131	Multiple Sclerosis Agents.....
<i>meprobamate</i>	109	MIBELAS 24 FE.....	195	<i>mupirocin</i>
<i>mercaptapurine</i>	70	<i>micafungin</i>	62	MYALEPT.....
<i>meropenem</i>	39	<i>miconazole 3</i>	62	<i>mycophenolate mofetil</i>
MERZEE.....	195	MICROGESTIN.....	195	<i>mycophenolic acid</i>
<i>mesalamine</i>	225	MICROGESTIN 24 FE.....	195	MYFEMBREE.....
<i>mesalamine dr</i>	225	MICROGESTIN FE.....	195	MYFORTIC.....
<i>mesalamine er</i>	225	<i>midodrine hcl</i>	128	MYHIBBIN.....
MESNEX.....	86	<i>mifepristone</i>	206	MYRBETRIQ.....
METABOLIC BONE DISEASE		MIGERGOT.....	65	MYTESI.....
AGENTS.....	226	<i>miglustat</i>	176	
Metabolic Bone Disease		MILI.....	195	N
Agents.....	226	MIMVEY.....	195	N-methyl-D-aspartate (NMDA)
<i>metformin hcl</i>	114	Mineralocorticoid Receptor		Receptor Antagonist.....
<i>metformin hcl er</i>	114	Antagonists.....	144	<i>nabumetone</i>
<i>methadone hcl</i>	26	<i>minocycline hcl</i>	42	<i>nadolol</i>
<i>methazolamide</i>	233	<i>minoxidil</i>	145	<i>nafticillin sodium</i>
<i>methimazole</i>	207	MIRENA.....	195	<i>naftifine hcl</i>
<i>methocarbamol</i>	244	<i>mirtazapine</i>	53	<i>naloxone hcl</i>
<i>methotrexate</i>	218	<i>misoprostol</i>	174	<i>naltrexone hcl</i>
<i>methotrexate sodium</i>	218	<i>modafinil</i>	246	<i>naproxen</i>
<i>methoxsalen</i>	159	<i>moexipril hcl</i>	130	<i>naratriptan 1 mg tablet</i>
<i>methsuximide</i>	45	Molecular Target Inhibitors.....	72	<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>
<i>methylphenidate</i>	148	<i>molindone hcl</i>	92	NATAL PNV.....
<i>methylphenidate er</i>	148	<i>mometasone furoate</i>	158	NATAZIA.....
<i>methylphenidate er (la)</i>	148	Monoamine Oxidase B (MAO-		<i>nateglinide</i>
<i>methylphenidate hcl</i>	148, 149	B) Inhibitors.....	90	NAYZILAM.....
<i>methylphenidate hcl cd</i>	149	Monoamine Oxidase		<i>nebivolol hcl</i>
<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	149	Inhibitors.....	53	NECON.....
<i>methylphenidate la</i>	149	<i>montelukast sodium</i>	235	<i>needles, insulin disp.,</i>
<i>methylphenidate sr</i>	149	Mood Stabilizers.....	111	<i>safety</i>
<i>methylprednisolone</i>	182	<i>morphine sulfate</i>	27	<i>nefazodone hcl</i>
<i>methyltestosterone</i>	185	<i>morphine sulfate er</i>	26	NEO-POLYCIN.....
<i>metoclopramide hcl</i>	59	MOUNJARO.....	114	NEO-POLYCIN HC.....
<i>metolazone</i>	142	MOVANTIK.....	171	<i>neomycin sulfate</i>
<i>metoprolol succinate</i>	133	<i>moxifloxacin</i>	41, 229	<i>neomycin-bacitracin-poly-</i>
<i>metoprolol tartrate</i>	133	<i>moxifloxacin hcl</i>	41	<i>hc</i>
<i>metoprolol-</i>		MRESVIA.....	222	<i>neomycin-bacitracin-</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	139	MULTAQ.....	131	<i>polymyxin</i>

<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	228	NORDITROPIN FLEXPEN	184	NYMYO.....	197
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	228	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	196	<i>nystatin</i>	62
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	228,234	<i>norethin-eth estra-ferrous</i>		<i>nystatin-triamcinolone</i>	160
<i>neomycin-polymyxin-hydrocort</i>	234	<i>fum</i>	196	NYSTOP.....	62
NEORAL.....	219	<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>	196	NYVEPRIA.....	125
NERLYNX.....	78	<i>norethindrone</i>	201		
NEUAC.....	155	<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	201	OICALIVA.....	173
NEULASTA.....	124	<i>norethindrone acetate</i>	201	OCELLA.....	197
NEUPOGEN.....	124	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	196	OCTAGAM.....	209
NEUPRO.....	89	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	196	<i>octreotide acetate</i>	206
NEVANAC.....	231	NORTREL.....	196	ODACTRA.....	210
<i>nevirapine</i>	102	<i>nortriptyline hcl</i>	58	ODEFSEY.....	103
<i>nevirapine er</i>	102	NORVIR.....	105	ODOMZO.....	79
NEXLETOL.....	139	NOVOLIN 70-30.....	119	OFEV.....	242
NEXLIZET.....	144	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	119	<i>ofloxacin</i>	41,230,234
NEXPLANON.....	201	NOVOLIN N.....	119	OGSIVEO.....	71
NEXTSTELLIS.....	195	NOVOLIN N FLEXPEN.....	119	OJEMDA.....	79
<i>niacin er</i>	144	NOVOLIN R.....	120	OJJAARA.....	79
NICOTROL.....	30	NOVOLIN R FLEXPEN.....	120	<i>olanzapine</i>	96
NICOTROL NS.....	30	NOVOLOG.....	120	<i>olanzapine odt</i>	96
<i>nifedipine</i>	134	NOVOLOG FLEXPEN.....	120	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	53
<i>nifedipine er</i>	134	NOVOLOG MIX 70-30.....	120	<i>olmesartan medoxomil</i>	129
NIKKI.....	196	NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	120	<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i>	139
<i>nilutamide</i>	68	NUBEQA.....	68	OLUMIANT.....	212
<i>nimodipine</i>	134	NUCALA.....	243,244	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ..	144
NINLARO.....	78	NUDEXTA.....	150	<i>omeprazole</i>	174
<i>nitazoxanide</i>	87	NUPLAZID.....	96	OMNITROPE.....	184
NITRO-BID.....	145	NURTEC ODT.....	65	OMVOH.....	212
<i>nitrofurantoin</i>	33	NUTRILIPID.....	168	OMVOH PEN.....	212
<i>nitrofurantoin mono-macro</i> ..	33	NUTROPIN AQ NUSPIN.....	184	<i>ondansetron hcl</i>	60
<i>nitroglycerin</i>	145	NUVARING.....	197	<i>ondansetron odt</i>	60
<i>nitroglycerin patch</i>	146	NYAMYC.....	62	ONGENTYS.....	89
NITROSTAT.....	146	NYLIA.....	197	ONUREG.....	70
NIVESTYM.....	124	NYMALIZE.....	134	OPHTHALMIC AGENTS.....	227
<i>nizatidine</i>	174	NYMALIZE 60 MG/10ML ORAL		Ophthalmic Agents, Other..	227
Nonsteroidal Anti-inflammatory		SYRINGE.....	134	Ophthalmic Anti-allergy	
Drugs.....	24			Agents.....	230
NORA-BE.....	201			Ophthalmic Anti-Infectives..	229

Ophthalmic Anti-inflammatory	230	OXERVATE	228	PENTACEL	223
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents	232	<i>oxiconazole nitrate</i>	162	<i>pentamidine isethionate</i>	87
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other	232	OXISTAT	162	PENTASA	225
Opioid Analgesics, Long-acting	25	<i>oxybutynin chloride</i>	179	<i>pentoxifylline</i>	140
Opioid Analgesics, Short-acting	27	<i>oxybutynin chloride er.</i>	179	<i>perindopril erbumine</i>	130
Opioid Dependence	29	<i>oxycodone hcl.</i>	27	<i>permethrin</i>	161
Opioid Reversal Agents	30	<i>oxycodone hcl er.</i>	26	<i>perphenazine</i>	92
OPSUMIT	240	<i>oxycodone-acetaminophen.</i>	23	<i>perphenazine-amitriptyline.</i>	53
OPSYNVI	240	<i>oxymorphone hcl.</i>	28	PERSERIS	97
OPVEE	30	<i>oxymorphone hcl er.</i>	26,27	PERTZYE	176
ORENCIA	212	OZEMPIC	114	<i>phenelzine sulfate</i>	54
ORENCIA CLICKJECT	212	P		<i>phenobarbital</i>	46
ORENITRAM ER	240	<i>paliperidone er.</i>	96	<i>phenoxybenzamine hcl.</i>	128
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	240	PALYNZIQ	176	PHENYTEK	49
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	240	PANCREAZE	176	<i>phenytoin</i>	49
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	241	PANRETIN	86	<i>phenytoin sodium extended.</i>	50
ORGOVYX	71	<i>pantoprazole sodium</i>	174	Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease	239
ORIAHNN	206	PANZYGA	209	PIFELTRO	102
ORKAMBI	238	Parasympathomimetics	66	<i>pilocarpine hcl.</i>	154,233
ORLADEYO	208	<i>paricalcitol</i>	226	<i>pimecrolimus</i>	158
ORMALVI	176	<i>paroxetine hcl.</i>	56	<i>pimozide</i>	92
<i>orphenadrine citrate er.</i>	244	PAXLOVID	109	PIMTREA	197
ORSERDU	69	<i>pazopanib hcl.</i>	79	<i>pindolol</i>	133
<i>oseltamivir phosphate.</i>	107,108	PEDIARIX	222	<i>pioglitazone hcl.</i>	114
OTEZLA	160	Pediculicides/Scabicides	160	<i>piperacillin-tazobactam.</i>	38
OTIC AGENTS	233	PEDVAXHIB	222	PIQRAY	79
Otic Agents	233	<i>peg 3350-electrolyte</i>	173	<i>pirfenidone</i>	242
<i>oxacillin</i>	37	<i>peg-3350 and electrolytes.</i>	173	<i>piroxicam</i>	25
<i>oxacillin sodium</i>	38	<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c.</i>	173	PLASMA-LYTE 148	163
<i>oxazepam</i>	110	PEGASYS	215	PLASMA-LYTE A PH 7.4	163
OXBRYTA	176	PEMAZYRE	79	Platelet Modifying Agents	126
<i>oxcarbazepine</i>	49	PENBRAYA	223	PLEGRIDY	153
		<i>penciclovir</i>	108	PLEGRIDY PEN	153
		<i>penicillamine</i>	180	PLENAMINE	177
		<i>penicillin g potassium</i>	38	<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	56
		<i>penicillin g sodium</i>	38	<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	56
		<i>penicillin gk-iso-osm dextrose</i>	38	<i>podofilox</i>	160
		<i>penicillin v potassium</i>	38	POLYCIN	230
				<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i>	230

<i>polymyxin b sulfate</i>	33	PREVALITE.....	144	<i>pyridostigmine bromide</i>	66
POMALYST.....	69	PREVYMIS.....	105	<i>pyridostigmine bromide er</i> ...	66
PONVORY.....	153	PREZCOBIX.....	105	<i>pyrimethamine</i>	88
PORTIA.....	197	PREZISTA.....	105	PYRUKYND.....	177
<i>posaconazole</i>	63	PRIFTIN.....	67	PYRUKYND 20 MG	
Potassium Binders.....	169	<i>primaquine</i>	88	TABLET.....	177
<i>potassium chloride</i>	163	<i>primidone</i>	47	PYRUKYND 50 MG	
<i>potassium chloride in d5lr</i> ...	167	PRIORIX.....	223	TABLET.....	177
<i>potassium chloride proamp</i> ...	164	PRIVIGEN.....	210	PYRUKYND 5MG TABLET	177
<i>potassium chloride-0.45%</i>		<i>probenecid</i>	63		
<i>nacl</i>	164	<i>probenecid-colchicine</i>	64	Q	
<i>potassium chloride-0.9%</i>		<i>prochlorperazine</i>	59	QINLOCK.....	80
<i>nacl</i>	163	<i>prochlorperazine maleate</i> ...	59	QUADRACEL DTAP-IPV...	223
<i>potassium chloride-dextrose</i>		PROCRIT.....	125	QUARTETTE.....	197
<i>5%</i>	167	PROCTO-MED HC.....	158	<i>quetiapine fumarate</i>	97
<i>potassium chloride-water</i> ...	164	PROCTOSOL-HC.....	158	<i>quetiapine fumarate er</i>	97
<i>potassium citrate er</i>	164	PROCTOZONE-HC.....	158	<i>quinapril hcl</i>	130
<i>pramipexole dihydrochloride</i> ...	89	<i>progesterone</i>	201	<i>quinidine gluconate</i>	131
<i>prasugrel hcl</i>	127	Progestins.....	200	<i>quinidine sulfate</i>	131
<i>pravastatin sodium</i>	142	PROGRAF.....	219	<i>quinine sulfate</i>	88
<i>praziquantel</i>	87	PROLASTIN C.....	177	Quinolones.....	40
<i>prazosin hcl</i>	128	PROLIA.....	226	QVAR REDIHALER.....	235
PRED MILD.....	232	PROMACTA.....	125		
<i>prednisolone</i>	182	<i>promethazine hcl</i>	59	R	
<i>prednisolone acetate</i>	232	PROMETHEGAN.....	60	RABAVERT.....	223
<i>prednisolone sodium phos</i>		<i>propafenone hcl</i>	131	<i>rabeprazole sodium</i>	174
<i>odt</i>	182	<i>propafenone hcl er</i>	131	RADICAVA ORS.....	146
<i>prednisolone sodium</i>		<i>propranolol hcl</i>	133	<i>raloxifene hcl</i>	201
<i>phosphate</i>	182	<i>propranolol hcl er</i>	133	<i>ramelteon</i>	245
<i>prednisone</i>	182	<i>propylthiouracil</i>	207	<i>ramipril</i>	130
PREDNISON INTENSOL.....	182	PROQUAD.....	223	<i>ranolazine er</i>	140
<i>pregabalin</i>	47	PROSOL.....	169	RAPAMUNE.....	219
<i>pregabalin er</i>	150	Protectants.....	174	<i>rasagiline mesylate</i>	90
PREHEVBRIO.....	223	Proton Pump Inhibitors.....	174	RAVICTI.....	177
PREMARIN.....	188	<i>protriptyline hcl</i>	58	RAYALDEE.....	226
PREMASOL.....	169	Pulmonary		REBIF.....	153
PREMPHASE.....	197	Antihypertensives.....	240	REBIF REBIDOSE.....	153
PREMPRO.....	197	Pulmonary Fibrosis Agents.....	242	RECLIPSEN.....	197
<i>prenatal vitamin with minerals</i>		PULMOZYME.....	238	RECOMBIVAX HB.....	223
<i>and folic acid greater than 0.8</i>		PURIXAN.....	70	RECORLEV.....	206
<i>mg oral tablet</i>	169	<i>pyrazinamide</i>	67	REGRANEX.....	160

RELENZA.....	108	<i>ropinirole hcl</i>	89	SIMPONI.....	219
RELEUKO.....	125	<i>rosuvastatin calcium</i>	142	<i>simvastatin</i>	143
RELISTOR.....	171	ROTARIX.....	223	<i>sirolimus</i>	219
<i>repaglinide</i>	115	ROTATEQ.....	223	SIRTURO.....	67
REPATHA PUSHTRONEX.....	144	ROZLYTREK.....	80	SIVEXTRO.....	33
REPATHA SURECLICK.....	144	RUBRACA.....	80	SKELETAL MUSCLE	
REPATHA SYRINGE.....	144	<i>rufinamide</i>	50	RELAXANTS.....	244
Respiratory Tract Agents,		RUKOBIA.....	103	Skeletal Muscle Relaxants.....	244
Other.....	242	RYBELSUS.....	115	SKYCLARYS.....	150
RESPIRATORY		RYDAPT.....	81	SKYLA.....	198
TRACT/PULMONARY				SKYRIZI.....	213
AGENTS.....	234	S		SKYRIZI ON-BODY.....	213
RETACRIT.....	125	SAFYRAL.....	197	SKYRIZI PEN.....	213
RETEVMO.....	80	SAJAZIR.....	208	SKYTROFA.....	184
Retinoids.....	86	SANDIMMUNE.....	219	SLEEP DISORDER	
REVCOVI.....	177	SANTYL.....	160	AGENTS.....	245
REXULTI.....	97	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	177	Sleep Promoting Agents.....	245
REYATAZ.....	105	SAVELLA.....	151	Smoking Cessation Agents.....	30
REZDIFFRA.....	203	SCSEMBLIX.....	81	<i>sod sulf-potass sulf-mag</i>	
REZLIDHIA.....	80	<i>scopolamine</i>	60	<i>sulf</i>	173
REZUROCK.....	210	SECUADO.....	98	Sodium Channel Agents.....	48
RHOPRESSA.....	233	Selective Estrogen Receptor		<i>sodium chloride</i>	164
<i>ribavirin</i>	107	Modifying Agents.....	201	<i>sodium chloride-water</i>	164
RIDAURA.....	213	<i>selegiline hcl</i>	90	<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride</i>	
<i>rifabutin</i>	67	<i>selenium sulfide</i>	158	<i>ion 1 mg) oral tablet</i>	165
<i>rifampin</i>	67	SELZENTRY.....	104	<i>sodium oxybate</i>	246
<i>riluzole</i>	146	SEREVENT DISKUS.....	237	<i>sodium phenylbutyrate</i>	178
<i>rimantadine hcl</i>	108	SEROSTIM.....	173,184	<i>sodium polystyrene</i>	
RINVOQ.....	213	Serotonin (5-HT) Receptor		<i>sulfonate</i>	169
<i>risedronate sodium</i>	227	Agonists.....	65	<i>sodium sulfacetamide</i>	41
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>		<i>sertraline hcl</i>	56	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	107
<i>(dose pack of 12)</i>	227	SETLAKIN.....	198	SOGROYA.....	185
<i>risperidone</i>	97,98	SHAROBEL.....	201	SOHONOS.....	227
<i>risperidone er</i>	98	SHINGRIX.....	223	<i>solifenacin succinate</i>	179
<i>risperidone odt</i>	98	SIGNIFOR.....	206	SOLOSEC.....	33
<i>ritonavir</i>	105	SIKLOS.....	178	SOLTAMOX.....	70
<i>rivastigmine</i>	51	<i>sildenafil</i>	241	SOMAVERT.....	207
RIVELSA.....	197	<i>sildenafil citrate</i>	241	<i>sorafenib</i>	81
RIVFLOZA.....	177	SILIQ.....	213	SORINE.....	131
<i>rizatriptan</i>	65	SILVADENE.....	160	<i>sotalol</i>	132
<i>roflumilast</i>	239	<i>silver sulfadiazine</i>	160	SOTALOL AF.....	132

SOTYKTU.....	213	SUNLENCA.....	104	TAVALISSE.....	127
SOVALDI.....	107	SUPPLIES.....	246	TAVNEOS.....	210
SPIRIVA RESPIMAT.....	236	Supplies.....	246	<i>tazarotene</i>	155
<i>spironolactone</i>	144	SUTAB.....	171	TAZICEF.....	36
<i>spironolactone-hctz</i>	140	SYEDA.....	198	TAZORAC.....	155
SPRINTEC.....	198	SYMDEKO.....	238	TAZVERIK.....	82
SPRITAM.....	44	SYMLINPEN 120.....	115	<i>tdvax</i>	223
SPRYCEL.....	81	SYMLINPEN 60.....	115	TEFLARO.....	36
SPS.....	170	SYMPAZAN.....	47	TEGLUTIK.....	146
SRONYX.....	198	SYMTUZA.....	105	TEGSEDI.....	178
SSD.....	160	SYNAREL.....	207	<i>telmisartan</i>	129
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor).....	54	SYNJARDY.....	115	<i>temazepam</i>	245
STELARA.....	213	SYNJARDY XR.....	115	TENIVAC.....	223
STIMUFEND.....	126	SYNTHROID.....	203	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	106
STIOLTO RESPIMAT.....	244	T		TEPMETKO.....	71
STIVARGA.....	81	TABRECTA.....	71	<i>terazosin hcl</i>	128
<i>streptomycin sulfate</i>	31	<i>tacrolimus</i>	158,220	<i>terbinafine hcl</i>	63
STRIBILD.....	101	<i>tadalafil</i>	180	<i>terconazole</i>	63
STRIVERDI RESPIMAT.....	237	<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	241	<i>teriflunomide</i>	153
SUBVENITE.....	44	TADLIQ.....	241	<i>teriparatide</i>	227
SUBVENITE (BLUE).....	44	TAFINLAR.....	82	<i>testosterone</i>	185
SUBVENITE (GREEN).....	44	TAGRISSE.....	82	<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	185
SUBVENITE (ORANGE).....	45	TAKHZYRO.....	208	<i>testosterone cypionate</i>	186
<i>sucralfate</i>	174	TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR.....	213	<i>testosterone enanthate</i>	186
<i>sulfacetamide sodium</i> ... 41,230		TALTZ 80 MG/ML SYRINGE.....	213	<i>tetrabenazine</i>	151
<i>sulfacetamide-prednisolone</i> 228		TALTZ SYRINGE.....	213	<i>tetracycline hcl</i>	42
<i>sulfadiazine</i>	41	TALZENNA.....	82	Tetracyclines.....	41
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim</i>	41	<i>tamoxifen citrate</i>	70	THALOMID.....	69
SULFAMYLON.....	162	<i>tamsulosin hcl</i>	180	<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	239
<i>sulfasalazine</i>	225	TAPERDEX.....	183	<i>theophylline anhydrous</i>	239
<i>sulfasalazine dr</i>	225	TARINA 24 FE.....	198	<i>theophylline er</i>	239
Sulfonamides.....	41	TARINA FE.....	198	<i>thioridazine hcl</i>	92
<i>sulindac</i>	25	TARINA FE 1-20 EQ.....	198	<i>thiothixene</i>	92
<i>sumatriptan</i>	65	TARPEYO.....	210	THYQUIDITY.....	203
<i>sumatriptan succinate</i>	65	TASCENSO ODT.....	153	TIADYLT ER.....	136
<i>sunitinib malate</i>	81	TASIGNA.....	82	<i>tiagabine hcl</i>	47
		<i>tasimelteon</i>	245	TIBSOVO.....	82
				TICOVAC.....	224

<i>tigecycline</i>	33	<i>tretinoin</i>	86,155	TYDEMY.....	199
TIGLUTIK.....	146	TRI-ESTARYLLA.....	198	TYMLOS.....	227
TILIA FE.....	198	TRI-LEGEST FE.....	198	TYPHIM VI.....	224
<i>timolol maleate</i>	134,232	TRI-LO-ESTARYLLA.....	198	TYRVAYA.....	229
<i>tinidazole</i>	33	TRI-LO-SPRINTEC.....	198	TYVASO DPI.....	241
<i>tiopronin</i>	181	TRI-MILI.....	198		
<i>tiotropium bromide</i>	236	TRI-SPRINTEC.....	198	U	
TIROSINT-SOL.....	204	TRI-VYLIBRA.....	199	UBRELVY.....	65
TIVICAY.....	101	TRI-VYLIBRA LO.....	199	UDENYCA.....	126
TIVICAY PD.....	101	<i>triamcinolone</i>		UDENYCA	
<i>tizanidine hcl</i>	100	<i>acetonide</i>	154,159	AUTOINJECTOR.....	126
TOBI PODHALER.....	238	<i>triamterene-</i>		UNITHROID.....	204
TOBRADEX.....	228	<i>hydrochlorothiazid</i>	140	UPTRAVI.....	241
<i>tobramycin</i>	230,238	<i>triazolam</i>	245	<i>ursodiol</i>	173
<i>tobramycin sulfate</i>	31	Tricyclics.....	57	UZEDY.....	98
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	228	TRIDACAINE II.....	28		
TOBREX.....	230	TRIDERM.....	159	V	
<i>tolcapone</i>	89	<i>trientine hcl</i>	166	VABOMERE.....	39
<i>tolterodine tartrate</i>	179	<i>trifluoperazine hcl</i>	92	Vaccines.....	220
<i>tolterodine tartrate er</i>	180	<i>trifluridine</i>	230	<i>valacyclovir</i>	108
<i>tolvaptan</i>	166	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	88	VALCHLOR.....	160
Topical Anti-infectives.....	161	TRIKAFTA.....	239	<i>valganciclovir hcl</i>	105,106
<i>topiramate</i>	45	<i>trimethobenzamide hcl</i>	60	<i>valproic acid</i>	45
<i>toremifene citrate</i>	70	<i>trimethoprim</i>	33	<i>valsartan</i>	129
TORPENZ.....	83	<i>trimipramine maleate</i>	58,59	<i>valsartan-</i>	
<i>toremide</i>	141	TRINTELLIX.....	57	<i>hydrochlorothiazide</i>	140
TPN ELECTROLYTES.....	169	TRIUMEQ.....	103	VALTOCO.....	47
TRACLEER.....	241	TRIUMEQ PD.....	103	<i>vancomycin hcl</i>	33,34
<i>tramadol hcl</i>	28	TRIVORA-28.....	199	VANFLYTA.....	83
<i>trandolapril</i>	130	TROPHAMINE.....	169	VAQTA.....	224
<i>tranexamic acid</i>	126	<i>trospium chloride</i>	180	<i>varenicline tartrate</i>	30
<i>tranylcypromine sulfate</i>	54	<i>trospium chloride er</i>	180	VARIVAX VACCINE.....	224
TRAVASOL.....	169	TRULANCE.....	171	Vasodilators, Direct-acting	
<i>travoprost</i>	233	TRULICITY.....	115	Arterial.....	145
<i>trazodone hcl</i>	56	TRUMENBA.....	224	Vasodilators, Direct-acting	
Treatment Adjuncts.....	86	TRUQAP.....	83	Arterial/Venous.....	145
Treatment-Resistant.....	99	TUKYSA.....	83	VAXCHORA ACTIVE	
TRECTOR.....	67	TURALIO.....	83	COMPONENT.....	224
TRELEGY ELLIPTA.....	244	TURQOZ.....	199	VAXCHORA VACCINE.....	224
TRELSTAR.....	207	TWINRIX.....	224	VELIVET.....	199
TREMFYA.....	214	TYBOST.....	104	VELSIPITY.....	173

VEMLIDY.....	106	VYLIBRA.....	199	YF-VAX.....	224
VENCLEXTA.....	83	VYNDAMAX.....	178	YONSA.....	69
VENCLEXTA 10 MG TABLET.....	83	VYNDAQEL.....	178	YUVAFEM.....	188
VENCLEXTA STARTING PACK.....	83	W		Z	
<i>venlafaxine besylate er</i>	57	WAINUA.....	178	ZAFEMY.....	200
<i>venlafaxine hcl</i>	57	Wakefulness Promoting Agents.....	245	<i>zafirlukast</i>	235
<i>venlafaxine hcl er</i>	57	<i>warfarin sodium</i>	123	<i>zaleplon</i>	245
VEOZAH.....	151	WEGOVI.....	140	ZARXIO.....	126
<i>verapamil er</i>	136	WELIREG.....	178	ZAVZPRET.....	65
<i>verapamil er pm</i>	136	WESNATAL DHA COMPLETE.....	169	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR.....	117
<i>verapamil hcl</i>	136	WIXELA INHUB.....	244	ZEGALOGUE SYRINGE...	117
<i>verapamil sr</i>	136	WYMZYA FE.....	199	ZEJULA.....	85
VERQUVO.....	140	X		ZELBORAF.....	85
VERSACLOZ.....	99	XALKORI.....	84,85	ZEMAIRA.....	178
VERZENIO.....	84	XARELTO.....	123	ZENATANE.....	156
VESTURA.....	199	XATMEP.....	220	ZENPEP.....	178
VIBERZI.....	172	XCOPRI.....	50	ZEPATIER.....	107
VIENVA.....	199	XDEMVY.....	230	ZEPOSIA.....	153
<i>vigabatrin</i>	47	XELJANZ.....	214	ZERBAXA.....	36
VIGADRONE.....	48	XELJANZ XR.....	214	<i>zidovudine</i>	103
VIGAFYDE.....	48	XERMELO.....	172	ZIEXTENZO.....	126
VIGPODER.....	48	XGEVA.....	227	ZILBRYSQ.....	214
VIJOICE.....	84	XIFAXAN.....	34	<i>ziprasidone hcl</i>	99
<i>vilazodone hcl</i>	57	XIGDUO XR.....	116	<i>ziprasidone mesylate</i>	99
VIOKACE.....	178	XIIDRA.....	229	ZIRGAN.....	230
VIRACEPT.....	105	XOFLUZA.....	108	ZOLINZA.....	72
VIREAD.....	106	XOLAIR.....	214	<i>zolmitriptan</i>	66
VITRAKVI.....	84	XOSPATA.....	85	<i>zolmitriptan odt</i>	66
VIVITROL.....	29	XPOVIO.....	85	<i>zolpidem tartrate</i>	245
VIZIMPRO.....	84	XTANDI.....	68,69	<i>zolpidem tartrate er</i>	245
VONJO.....	84	XULANE.....	199	ZOMACTON.....	185
<i>voriconazole</i>	63	XYWAV.....	246	ZONISADE.....	50
VOSEVI.....	107	Y		<i>zonisamide</i>	50
VOWST.....	173	YARGESA.....	178	ZORTRESS.....	220
VRAYLAR.....	98	YASMIN 28.....	199	ZORYVE.....	160
VTAMA.....	160	YAZ.....	200	ZOVIA 1-35.....	200
VUITY.....	229			ZOVIA 1-35E.....	200
VUMERITY.....	153			ZTALMY.....	48
VYFEMLA.....	199			ZURZUVAE.....	53

ZYDELIG.....86
ZYKADIA.....86
ZYPREXA RELPREVV.....99

CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스부

방법	고객 서비스부 – 연락처 정보
전화	1-877-412-2734 통화는 무료입니다. CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스부는 주 7 일, 24 시간 연락하실 수 있습니다. CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스는 영어가 주 언어가 아닌 사람들을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 통화는 무료입니다. 고객 서비스부는 주 7 일, 24 시간 연락하실 수 있습니다.
팩스	1-714-246-8711
서면	CalOptima Health OneCare Complete Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
이메일	OneCareCS@caloptima.org
웹사이트	www.caloptima.org/Onecare