

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

2027 년 보장 약물 목록 (*약물 목록 또는 포뮬러리*)

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

본 *약물 목록*은 09/01/2026 업데이트 되었습니다.

최신 정보 또는 기타 질문이 있으시면, 저희 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하시거나 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

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

2027 년 보장 약물 목록 (약물 목록 또는 포뮬러리)

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 보장하는 약물에 특별 규칙이나 제한 사항이 있는지 알려줍니다. 주요 용어와 그 정의는 **회원 안내서** 마지막 장에 나와 있습니다.

차례

A. 면책 조항	4
B. 자주 묻는 질문 (FAQ).....	10
B1. 약물 목록 에는 어떤 처방약들이 있습니까? (보장 약물 목록을 줄여서 “약물 목록” 이라고 합니다.)	10
B2. 약물 목록 은 변경됩니까?	11
B3. 약물 목록 이 변경되면 어떻게 됩니까?	12
B4. 약물 보장을 위한 제한 또는 한도 또는 특정 약물을 받기 위해 취해야 할 조치가 있습니까?	13
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. 약물 목록 에서 약을 어떻게 찾을 수 있습니까?	14
B8. 복용하려는 약이 약물 목록 에 없다면 어떻게 합니까?	15
B9. CalOptima Health OneCare Complete 의 신규 회원으로서 약물 목록 에서 약을 찾을 수 없거나 약을 조제받는 데 어려움이 있으면 어떻게 합니까?	15
B10. 약을 보장하도록 예외를 요청할 수 있습니까?	16
B11. 예외 신청은 어떻게 할 수 있습니까?	17

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



B12. 예외 적용을 받기까지 얼마나 걸립니까?	17
B13. 제네릭 약물은 무엇입니까?.....	17
B14. 오리지널 생물학적 제품이란 무엇이고 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?	17
B15. OTC 약이란 무엇입니까?.....	17
B16. CalOptima Health OneCare Complete 는 비약물 OTC 제품을 보장합니까?	18
B17. CalOptima Health OneCare Complete 는 장기 처방 물품을 보장합니까?.....	18
B18. 가까운 약국에서 집으로 처방 약을 배달 받을 수 있습니까?.....	18
B19. 나의 부담금은 얼마입니까?.....	18
C. 보장 약물 목록 개요.....	19
C1. 의료 증상별 약물 목록.....	20
D. 보장 약물 색인	I-1

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



A. 면책조항

이것은 CalOptima Health OneCare Complete 에서 회원에게 보장되는 약물 목록입니다.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 기관입니다. CalOptima Health OneCare 에 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 **1-877-412-2734(TTY 711)**로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. **www.caloptima.org/OneCare** 를 방문하십시오.

- ❖ CalOptima Health OneCare Complete 의 최신 **보장 약물 목록**은 **www.caloptima.org/OneCare** 에서 온라인으로 확인하거나 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 이 전화는 무료입니다.
- ❖ 본 자료는 무료로 큰 활자 인쇄, 점자 또는 음성 등 다른 형식으로 받아보실 수 있습니다. 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 이 문서는 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 및 러시아어로 무료로 제공됩니다.

언어 지원 서비스 및 보조 기기와 서비스 가용성 안내서

English

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

(Arabic) العربية

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

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր
Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY: 711)**:
Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ
հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար,
օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ
տպագրված նյութեր: Չանգահարեք **1-877-412-2734**
(TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են

简体中文 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电
1-877-412-2734 (TTY: 711)。

我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大
字体阅读，提供您方便取用。请致电 **1-877-412-2734 (TTY:**
711)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意：如果您需要以您的語言獲得幫助，請致電
1-877-412-2734 (TTY 711)。

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

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월
1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후
8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를
방문하십시오.



ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

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

हिंदी (Hindi)

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

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734** (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-877-412-2734** (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-877-412-2734** (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-877-412-2734** (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



한국어 (Korean)

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

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາ
ຈຳນວນ **1-877-412-2734 (TTY: 711)**.
ຢ່າມຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເລະການບໍລິການສູ່ລະບົບຄຸ້ມຄອງ
ເຊລເອກະສານທີ່ເປັນອກສອນນຸນແລະມີໂຕໝາຍ
ໃຫ້ໂທຫາຈຳນວນ **1-877-412-2734 (TTY: 711)**.
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

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

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월
1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후
8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를
방문하십시오.



ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណុះ បើអ្នកត្រូវការជំនួយ

របស់អ្នក សូម

ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734**

(TTY: 711) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក

ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព័ទ្ធជុំវិញ ក៏អាចរកបានផងដែរ។

ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734** (TTY: 711) ។

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

(Farsi) فارسی

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

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия TTY 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

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

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711) 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



Tagalog (Filipino)

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

ภาษาไทย (Thai)

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

Українська (Ukrainian)

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

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

❖ 또한 임계 언어 및/또는 대안 형식으로 자료를 받도록 영구 요청을 하실 수 있습니다:

- 임계 언어 또는 대체 형식으로 자료를 영구적으로 요청하려면 페이지 하단의 번호로 고객 서비스에 전화하거나 보안 온라인 회원 포털 <https://member.caloptima.org/#/user/login>에 접속하여 요청하실 수 있습니다.
- 영구 요청은 향후 모든 우편물 또는 의사소통을 위해 저희 시스템에 저장됩니다.
- 영구 요청을 취소 또는 변경하려면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일에는) 주 7일 오전 8시~오후 8시, (4월 1일~9월 30일에는) 월~금요일 오전 8시~오후 8시사이 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

B. 자주 묻는 질문 (FAQ)

보장 약물 목록(약물 목록)에 대한 질문에 대한 답변을 여기에서 찾으십시오. 모든 FAQ를 읽어 자세히 알아보거나 질문과 답변을 찾아볼 수 있습니다.

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

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

다소의 오버 더 카운터(over-the-counter, OTC(처방전 없이 구입 가능한))와 같은 기타 약물 및 특정 비타민 등은 Medi-Cal Rx에서 보장 받을 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터의 번호 800-977-2273으로 전화할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받을 때 Medi-Cal Beneficiary Identification Card (수혜자 식별 카드, BIC)를 지참하십시오.

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일에는) 주 7일 오전 8시~오후 8시, (4월 1일~9월 30일에는) 월~금요일 오전 8시~오후 8시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.



- 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 약물을 받기 전에 행동을 취해야 합니다. 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

저희가 보장하는 최신 약물 목록은 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 에서 확인하시거나 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화하십시오.

B2. 약물 목록은 변경됩니까?

예, 그리고 변경할 때 CalOptima Health OneCare Complete 는 Medicare 및 Medi-Cal 규칙을 따라야 합니다. 저희는 연중 **약물 목록**에 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 결정. (사전승인은 약물을 받기 전 CalOptima Health OneCare Complete 에서 승인을 받는 것.)
- 받을 수 있는 약의 양을 추가하거나 변경(수량 제한이라고 함).
- 약물에 대한 단계 요법 제한을 추가하거나 변경. (단계 요법이란 저희가 다른 약을 보장하기 전에 한 가지 약을 시도해야 하는 것을 의미함.)

약물 규정에 대한 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

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

- 현재 **약물 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.

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



- www.caloptima.org/OneCares 에서 CalOptima Health OneCare Complete 의 최신 *약물 목록*을 온라인으로 언제든지 확인할 수 있습니다. *약물 목록*은 매달 웹사이트에 업데이트됩니다.
- 고객 서비스에 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화하여 최신 *약물 목록*을 확인할 수도 있습니다.

B3. *약물 목록*에 변경있으면 어떻게 됩니까?

*약물 목록*에 대한 일부 변경은 즉시 일어납니다. 예:

- **특정 신약 버전의 대체.** 저희가 해당 약물을 특정 신약 버전으로 대체하는 경우, 해당 약물을 *약물 목록*에서 즉시 삭제할 수 있지만, 신약 비용은 \$0 으로 유지됩니다. 새로운 제네릭 약물을 추가할 때 브랜드 약물을 *목록*에 유지하기로 결정할 수도 있지만 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.
 - 이 변경 사항을 적용하기 전에 귀하에게 알리지 않을 수 있지만 변경 사항이 발생하면 구체적인 변경 사항에 대한 정보를 보내드립니다.
 - 이러한 변경은 추가하는 약물이 다음과 같은 경우에만 가능합니다:
 - 브랜드 약물의 새로운 일반 버전인 경우, 또는
 - *약물 목록*에 있는 오리지널 생물학적 제품의 특정 새로운 바이오시밀러 (biosimilar) 버전인 경우(예: 새로운 처방전 없이 오리지널 생물학적 제품을 대체할 수 있는 상호 교환 가능한 바이오시밀러 추가).
 - 이러한 약물 유형 중 일부는 처음 접하는 약물일 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 B14** 을 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-B12** 를 참조하십시오.
- **안전하지 않은 약물 및 시중 판매가 중단된 약물 제거** 경우에 따라 약물이 안전하지 않은 것으로 판단되거나 다른 이유로 시중에서 판매가 중단될 수 있습니다. 이러한 경우, 해당 약물을 *약물 목록*에서 즉시 제거할 수 있습니다. 귀하께서 해당 약물을 복용 중이라면, 변경 후 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.

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



- 도움을 위해 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화하십시오.

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:

- FDA (Food and Drug Administration, 식품의약품안전처)가 새로운 지침을 제공하거나, 약물에 대한 새로운 임상 지침이 있을 경우.
- 시장에 새롭게 출시되지 않은 제네릭 약물을 추가할 때 브랜드 약물을 *약물 목록*에서 제거할 경우, 또는
- 바이오시밀러를 추가할 때 오리지널 생물학적 제품을 삭제할 경우, 또는
- 브랜드 약물에 대한 보장 규칙 또는 한도를 변경하는 경우.

이러한 변경 사항이 발생할 경우, 저희는 다음을 할 것입니다:

- 약물 목록을 변경하기 최소 **30** 일 전에 알려거나 또는
- 제조제를 요청 후 귀하에게 알리고 **30** 일 분량의 약을 제공.

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

- *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 참조하십시오.

B4. 약물 보장에 제한 또는 한도가 있거나 또는 특정 약물을 받기 위해 취해야 할 조치가 있습니까?

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

- **사전승인:** 일부 약물은 특정 기준에 따라 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 약물을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **수량 제한:** 때로는 CalOptima Health OneCare Complete 에서 받을 수 있는 약물의 양을 제한합니다.

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



- **단계 요법:** 때로는 CalOptima Health OneCare Complete 에서 단계 요법을 요구할 수 있습니다. 이것은 의학적 증상을 위해 특정 순서로 약물을 시도해야 하는 것을 의미합니다. 저희가 다른 약을 보장하기 전에 한 가지 약을 먼저 시도해야 할 수 있습니다. 담당 의사가 첫 번째 약이 효과가 없다고 생각하면 저희는 두 번째 약을 보장해 드립니다.

섹션 C1 에 있는 표를 보면 약에 추가 요구 사항이나 제한 사항이 있는지 확인할 수 있습니다. 자세한 정보를 위해 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오. 저희는 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 결정하는데 도와 드릴 수 있습니다. 예외에 자세한 내용은 질문 **B10-B12** 를 참조하십시오.

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

"건강 상태별 약물 목록"이라는 섹션의 표에는 "사용에 필요한 조치, 제한 또는 한계"라는 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 요법 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.

B7. 약물 목록에서 약물을 어떻게 찾을 수 있습니까?

약물을 찾는 두가지 방법이 있습니다:

- 알파벳 순서로 검색 가능 또는
- 의료 증상으로 검색 가능

알파벳순서로 검색하려면 보장 약물 색인 섹션에서 약물을 찾으십시오. **I-1** 페이지부터 찾을 수 있습니다. 색인은 이 문서에 포함된 모든 약물의 알파벳순 목록을 제공합니다. 브랜드 약물과 제네릭 약물 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 **섹션 C1** 에서 "의료 증상별 약물 목록" 을 찾으십시오. 이 섹션의 약물은 의료 증상 치료에 사용되는 유형에 따라 범주로 분류됩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 심혈관계 약물 범주를 찾아봐야 합니다. 그곳에서 심장 상태를 치료하는 약을 찾을 수 있습니다.

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



B8. 복용하려는 약이 약 목록에 없다면 어떻게 합니까?

찾는 약이 약 목록에 없을 경우, 고객 서비스부 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 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 복용하고자 하는 약과 같은 약들의 목록을 요청 그런 후, 귀하의 의사나 다른 처방자에게 목록을 보여줌. 그들은 복용하길 원하는 약과 같은 것으로서 **약물 목록**에 있는 약을 처방할 수 있음. 또는
- 약 보장을 CalOptima Health OneCare Complete 보장 규칙에 대한 예외를 요청. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

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

저희가 도와 드릴 수 있습니다. CalOptima Health OneCare Complete 회원이 된 후 처음 90 일 동안은 30 일 분의 임시 약물 공급을 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.

다음의 경우 30 일 분의 약물 공급을 보장합니다:

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

CalOptima Health OneCare Complete 에서 파트 D 약물로 간주하지 않는 약을 복용 중이고 해당 약이 **약물 목록**에 없으며, 약을 구하는 데 어려움이 있는 경우, Medi-Cal Rx 를 통해 보장받을 수 있습니다. 파트 D 제외 약물에 대한 예외 조치가 필요하고 응급 상황인 경우, Medi-Cal Rx 는 해당 약물의 최소 72 시간 공급을 허용합니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또한 800-977-2273 번을 이용해 Medi-Cal Rx 고객 서비스로 전화하실 수 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 제조받을 때 Medi-Cal Beneficiary Identification Card (수혜자 식별 카드, BIC)를 지참하십시오.

요양원 또는 기타 장기요양시설에서 거주하고 계시고, **약물 목록**에 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:

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



- CalOptima Health OneCare Complete 신규 회원인지 여부에 관계없이, 필요한 약의 31 일양(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 변경(Level of Care Change)이라고 합니다. 이러한 경우의 예는 다음과 같습니다:

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

치료 수준의 변경이 있는 경우, 약물 목록에 없는 약물 각각에 대해, 또는 약물을 구할 수 있는 능력이 제한적인 경우, 네트워크 약국에 가시면 임시로 30 일양 공급을 보장해 드립니다. 첫 30 일 간의 공급 후에는 이러한 약에 대해서 지불해 드리지 않습니다. 이런 경우, 다음 두 가지 중 하나를 선택할 수 있습니다:

- 고객 서비스부에 복용하고자 하는 약과 같은 약들의 목록을 요청. 그런 후, 의사나 다른 처방자에게 목록을 보여주. 그들은 귀하가 복용하길 원하는 약과 같은 것으로서 약물 목록에 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 를 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, 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.

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



B11. 예외 요청을 할 수도 있습니까?

예외를 요청하시려면, 고객 서비스부에 문의하십시오. 고객 서비스부 담당자가 귀하 및 귀하의 제공자와 협력하여 예외 요청을 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 지원서를 받으면 저희는 72 시간 이내에 예외 신청에 대한 결정을 내릴 것입니다. 지원서 제공에 대한 자세한 내용은 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화하십시오.

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

B13. 일반 (제네릭) 약물이란 무엇입니까?

제네릭 약물은 브랜드 약물과 동일한 활동성 성분으로 만들어 집니다. 제네릭 약물은 브랜드 약물보다 저렴하며 대개 덜 알려져 있습니다. 그것들은 보통 잘 알려진 이름을 가지고 있지 않습니다. 제네릭 약물은 식품의약품안전청(FDA)의 승인을 받습니다. 많은 브랜드 약품에는 제네릭 약물이 있습니다. 제네릭 약물은 일반적으로 주법에 따라 새로운 처방전 없이 약국에서 브랜드 약품을 대체할 수 있습니다.

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

B14. 오리지널 바이오약물이란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?

약물이라고 할 때, 이는 제네릭 약물이나 바이오 (biological) 제품을 의미할 수 있습니다. 바이오약물은 제네릭 약물보다 더 복잡한 약물입니다. 바이오약물은 제네릭 약물보다 더 복잡하기 때문에 제네릭 약물 대신 바이오시밀러 (biosimilar)라고 하는 제형을 사용합니다. 일반적으로 바이오시밀러는 오리지널 바이오약물과 동일한 효능을 보이며 가격은 더 저렴할 수 있습니다. 일부 오리지널 바이오약물에는 바이오시밀러 대체제가 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주법에 따라 약국에서 처방전 없이 오리지널 바이오약물을 대체할 수 있습니다. 이는 일반 (제네릭) 약물이 브랜드 약물을 대체할 수 있는 것과 같습니다.

약물 종류에 대한 자세한 내용은 *회원 안내서*의 제 5 장을 참조하십시오.

B15. OTC 약이란 무엇입니까?

OTC 란 "오버-더-카운터(처방전 없이 구입하는 약물)"를 말합니다. CalOptima Health OneCare Complete 는 의료 제공자가 처방전으로 제공하는 일부 OTC 약물에 대해 보험을 적용합니다.

어떤 OTC 약물이 보험 적용 대상인지 알아보려면 CalOptima Health OneCare Complete *회원 안내서*의 제 4 장을 참조하십시오.

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



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

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

비약물 OTC 제품의 예로는 인슐린 주사 관련 물품이 포함됩니다.

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

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

- **우편 주문 프로그램.** 저희는 최대 100 일 분량의 약물을 집으로 직접 배송해 드리는 우편 주문 프로그램을 제공합니다. 100 일양 약물의 공동부담금이 1 개월 분량과 동일합니다.
- **100 일 소매 약국 프로그램.** 일부 소매 약국은 최대한 100 일양의 보장 처방약을 제공할 수 있습니다. 100 일양 약물의 공동부담금이 1 개월 분량과 동일합니다.

B18. 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달 받을 수 있습니까?

거주지역 약국에서 집으로 처방약을 배달할 수도 있습니다. 약국에 전화하여 배달 여부를 확인해보십시오.

B19. 나의 공동 부담금은 얼마입니까?

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

구간은 저희 *약물 목록*에 있는 약의 그룹입니다.

CalOptima Health OneCare Complete 는 제네릭 약물과 브랜드 약물을 모두 포함하는 1 단계 (Tier 1) 약물 목록을 사용합니다. 플랜 규정을 준수하는 경우, 1 단계 약물에 대한 본인 부담금 (copay)은 \$0 입니다.

질문이 있으시면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화하십시오.

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



C. 보장 약물 목록 개요

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

다소의 오버 더 카운터(over-the-counter, OTC(처방전 없이 구입 가능한)) 와 같은 기타 약물 및 특정 비타민 등은 Medi-Cal Rx 에서 보장될 수도 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트 (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터의 번호 800-977-2273 으로 전화할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받을 때 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC)를 지참하십시오.

파트 D 에 따른 항소

- 항소란 저희가 귀하의 플랜 혜택에 대해 내린 결정을 재검토하여 실수가 있었다면 이를 바로 잡도록 공식 요청하는 절차입니다.
- 예로 저희는 귀하가 원하는 약물이 보장 대상이 아라고 결정을 내리거나, Medicare 나 Medi-Cal 에 의해 더 이상 보장되지 않을 수 있습니다.
- 귀하 또는 담당 의사가 저희의 결정에 동의하지 않을 경우, 항소를 할 수 있습니다. 질문이 있으시면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화하십시오.
- *회원 안내서*의 **제 9 장**에서 항소에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.
- 파트 D 약물이 아닌 약은 항소에 대한 다른 규칙이 있습니다.

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



C1. 의료 증상별 약물 목록

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

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 D에 따른 지급 대상일 수 있습니다. 귀하(또는 담당 의사)는 이 약에 대한 처방전을 조제하기 전에 이 약이 Medicare 파트 D에 따라 보장이 되는지를 판단하기 위해 CalOptima Health OneCare 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 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 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일에는) 주 7일 오전 8시~오후 8시, (4월 1일~9월 30일에는) 월~금요일 오전 8시~오후 8시 사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare를 방문하십시오.



코드	의미
LA	이 처방전은 특정 약국에서만 조제할 수 있습니다. 자세한 정보는 약국 목록을 참조하거나 고객 서비스 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화하십시오.
NDS	비연장 일수 공급 (Non-extended Day Supply). 이 약은 최대 31 일 분량까지 조제됩니다.

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

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보가 필요하시면 www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
Analgesics		
JOURNAVX 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 14 days), NDS
Analgesics Combinations		
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days), NDS
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5-325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophen 7.5-325)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib (100 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib (50 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>diclofenac 1.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac 2% solution pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac epolamine 1.3% ptch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sod er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium (dr 25 mg tab, dr 50 mg tab, dr 75 mg tab, ec 25 mg tab, ec 50 mg tab, ec 75 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ec-naproxen (dr 375 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Alcohol Deterrents/Anti-craving		
<i>acamprosate calc dr 333 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naltrexone 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine 2 mg tablet sl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days)
<i>buprenorphine 8 mg tablet sl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>buprenorphine-nalox 12-3mg flm</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone (buprenorphin-naloxon 8-2 mg sl, buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm, buprenorphine-nalox 2-0.5mg tb, buprenorphine-nalox 4-1mg film, buprenorphine-nalox 8-2 mg tab, buprenorphine-nalox 8-2mg film, buprenorphin-naloxn 2-0.5 mg sl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lofexidine 0.18 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml carpuject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>varenicline starting month box</i>	\$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)
<i>varenicline tartrate (apo-varenicline 0.5 mg tablet, apo-varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>aztreonam 2 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
BLUJEPA 750 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin pediater 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml-d5w, 900 mg/50 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colistimethate 150 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dalbavancin hcl 500 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>fosfomycin 3 gm sachet</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>linezolid 600 mg/300 ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>methenamine hipp 1 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel, vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>nitrofurantoin mono-mcr 100 mg</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b sulfate vial</i>	\$0 (Tier 1)	
SIVEXTRO (200 MG TABLET, 200 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (6 per 30 days), NDS
SOLOSEC 2 GM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tigecycline 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>cefdinir (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefixime (100 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefixime 200 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>cefotetan (1 gm vial, 2 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefoxitin (1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg vl, 600 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>ceftriaxone (1 gm add-vant vial, 1 gm vial, 2 gm add vial, 2 gm vial, 10 gm vial, 100 gram bulk bag, 250 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefuroxime (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TAZICEF (1 GM ADD-VANTAGE VIAL, 1 GRAM VIAL, 6 GRAM VIAL)	\$0 (Tier 1)	
ZERBAXA 1.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
ZEVERTA 667 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 2 gm add-vantage vl, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin-sulbactam (ampicillin-sulb 1.5 g add vial, ampicillin-sulb 3 gm add vial, ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl, ampicillin-sulbactam 3 gm vial, ampicillin-sulbactam 15 gm btl, ampicillin-sulbactam 15 gm vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN C-R (1.2 MILLION UNIT, 900-300 SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
BICILLIN L-A 2,400,000 UNITS	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm bulk vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxacillin 10 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxacillin 2 gm/ 50 ml inj</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g na 5 million unit</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g potassium (5 million, 20 million)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose (pen g 2 million unit/50 ml, pen g 3 million unit/50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>piperacillin-tazobactam</i> (<i>piperacil-tazo 2.25 gm add vl</i> , <i>piperacil-tazo 3.375 gm add vl</i> , <i>piperacil-tazo 4.5 gm add vial</i> , <i>piperacil-tazobact 2.25 gm vl</i> , <i>piperacil-tazobact 3.375 gm vl</i> , <i>piperacil-tazobact 4.5 gm vial</i> , <i>piperacil-tazobact 13.5 gm vl</i> , <i>piperacil-tazobact 40.5 gram</i> , <i>piperacillin-tazo 2.25 g dplx</i> , <i>piperacillin-tazo 3.375 g dplx</i> , <i>piperacillin-tazo 4.5 g duplex</i>)	\$0 (Tier 1)	
Carbapenems		
<i>ertapenem 1 gram vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>imipenem-cilastatin 250 mg vl</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>imipenem-cilastatin 500 mg vl</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
ORLYNVAH 500-500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 5 days)
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
Macrolides		
<i>azithromycin (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 250 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 500 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	QL (136 per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fidaxomicin 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 10 days), NDS
Quinolones		
BAXDELA 300 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 14 days)
BAXDELA 450 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 14 days), NDS
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levofloxacin-d5w (500 mg/100 ml-d5w, 750 mg/150 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
<i>brivaracetam (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>brivaracetam 10 mg/ml oral sol</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days), PA NSO
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>divalproex sodium (dr 125 mg cap sprnk, sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days), PA NSO
<i>lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kit-blue</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-green</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-orang</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tab susp, 250 mg tablet, 500 mg tab susp, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>levetiracetam er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>perampanel 0.5 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (680 per 28 days)
<i>perampanel 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>perampanel 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SUBVENITE (25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SUBVENITE TAB START KIT (BLUE)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KIT(GREEN)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KT(ORANGE)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 1 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam (2.5 mg rectal gel, 2.5 mg rectal gel sys, 2.5mg rectal gel(2pk), 10 mg rectal gel, 10 mg rectal gel syrg, 10 mg rectal gel syst, 10mg rectal gel (2pk), 20 mg rectal gel, 20 mg rectal gel syrg, 20 mg rectal gel syst, 20mg rectal gel (2pk))</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)
<i>primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VALTOCO (5 MG NASAL SPRAY, 10 MG NASAL SPRAY, 15 MG NASAL SPRAY, 20 MG NASAL SPRAY)	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg powder packt</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
VIGADRONE 500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	QL (1100 per 30 days), PA NSO
Sodium Channel Agents		
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tab chew, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN (30 MG CAPSULE, 50 MG INFATAB, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN 125 MG/5 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5 ml cup, 100 mg/10 ml cup, 150 mg/15 ml cup, 200 mg/20 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lacosamide (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin sod ext 100 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50-100 MG PAK, 150-200 MG PK)	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 28 days), PA NSO
XCOPRI (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (250 MG DAILY PACK, 350 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days), PA NSO
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidementia Agents		
Antidementia Agents, Other		
LEQEMBI IQLIK (360 MG/1.8 ML, 500 MG DOSE-2 AI)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl er (er 14-10mg, er 21-10mg, er 28-10mg)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
Cholinesterase Inhibitors		
<i>donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine 4 mg/ml oral soln</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine er 24 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidementia Agents		
<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
<i>memantine hcl (2 mg/ml solution, 10 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
<i>memantine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>bupropion xl (150 mg tablet, 300 mg tablet, 450 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
EXXUA (ER 18.2 MG TABLET, ER 36.3 MG TABLET, ER 54.5 MG TABLET, ER 72.6 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
EXXUA ER 18.2 MG TAB (TITRATN)	\$0 (Tier 1)	QL (32 per 14 days), PA NSO
<i>mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg, 12-25 mg, 12-50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine-amitriptyline (2 mg-10 mg tab, 2 mg-25 mg tab, 4 mg-10 mg tab, 4 mg-25 mg tab, 4 mg-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
ZURZUVAE (20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 180 days), PA NSO
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (14 per 180 days), PA NSO
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
MARPLAN 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tranylcypromine sulf 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>desvenlafaxine er (er 50 mg tab, er 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>desvenlafaxine er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 30 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 28 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>nefazodone hcl (150 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine bes er 112.5 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
<i>vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
Tricyclics		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>nortriptyline hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg cap, 20 mg/10 ml soln, hcl 25 mg cap, hcl 50 mg cap, hcl 75 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>trimipramine maleate 100 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (9.8 per 28 days)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 25 mg tablet chew, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiemetics		
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEREUS 85 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8 per 30 days)
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROMETHEGAN (25 MG, 50 MG)	\$0 (Tier 1)	
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide 300 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant (80 mg capsule, 125 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiemetics		
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ondansetron hcl (4 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antifungals		
Antifungals		
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antifungals		
<i>clotrimazole (1% solution, 1% solution spray, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-ns 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flucytosine 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>flucytosine 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

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)	
<i>febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antigout Agents		
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<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 1)	PA, QL (28.8 per 6 days)
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists		
AIMOVIG AUTOINJECTOR (70 MG/ML, 140 MG/ML)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225MG/1.5ML AUTOINJ (X3)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.5 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimigraine Agents		
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days), NDS
NURTEC ODT 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (18 per 30 days), NDS
UBRELVY (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (16 per 30 days), NDS
ZAVZPRET 10 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8 per 30 days), NDS
Ergot Alkaloids		
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days), NDS
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists		
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimigraine Agents		
<i>sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate (6 mg/0.5 ml vial, 6 mg/0.5ml autoinj)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)

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)	
VYVGART HYTRULO 1,000MG-10,000	\$0 (Tier 1)	PA, QL (20 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
Antituberculars		
<i>ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pretomanid 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
SIRTURO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
SIRTURO 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
LEUKERAN 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>lomustine (10 mg capsule, 40 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
MATULANE 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ABIRTEGA 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERLEADA 60 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
EULEXIN 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
NUBEQA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
YONSA 125 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	LA, PA NSO
POMALYST (1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
THALOMID 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
THALOMID 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
Antiestrogens/Modifiers		
INLURIYO 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ORSERDU 345 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ORSERDU 86 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
SOLTAMOX (10 MG/5 ML SOLN, 20 MG/10 ML SOLN)	\$0 (Tier 1)	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Antimetabolites		
<i>mercaptopurine (20 mg/ml suspen, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TABLOID 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
Antineoplastics		
AVMAPKI-FAKZYNJA CO-PACK	\$0 (Tier 1)	QL (66 per 28 days), PA NSO
LIFYORLI (125 MG PACK, 150 MG PACK)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZENBEXUS (0.75 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
Antineoplastics, Other		
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 28 days), PA NSO
IWILFIN 192 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
LONSURF (15 MG-6.14 MG TABLET, 20 MG-8.19 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LYSODREN 500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
OGSIVEO (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ORGOVYX 120 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 28 days), PA NSO
REVUFORJ 110 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 160 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TEPMETKO 225 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
<i>exemestane 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Molecular Target Inhibitors		
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ALECENSA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG 30 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
AYVAKIT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 3 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 4 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
BALVERSA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (50 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>bosutinib 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BRUKINSA 160 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
CALQUENCE 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPRELSA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
CAPRELSA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG PACK, 100 MG PK, 140 MG PK)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
COPIKTRA (15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
COTELLIC 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (63 per 21 days), PA NSO
DANZITEN (71 MG TABLET, 95 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib (50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ENSACOVE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
<i>erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 21 days), PA NSO
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
GAVRETO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (126 per 28 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (168 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
HERNEXEOS 60 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
HYRNUO 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IBRANCE (75 MG TABLET, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
IBTROZI 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	QL (216 per 30 days), PA NSO
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days), PA NSO
INLYTA 1 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
INLYTA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
INREBIC 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
ITOVEBI 3 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ITOVEBI 9 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JAKAFI (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
JAKAFI XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET, 33 MG TABLET, 44 MG TABLET, 55 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JIDEYTRO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JIDEYTRO 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 28 days), PA NSO
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (63 per 28 days), PA NSO
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 5 MG SPRINKLE CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (420 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 7.5 MG SPRINKLE CAP	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days), PA NSO
KRAZATI 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LAZCLUZE 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LAZCLUZE 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (4 MG CAPSULE, 8 MG DAILY DOSE, 10 MG DAILY DOSE, 20 MG DAILY DOSE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LORBRENA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
LORBRENA 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 120 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 320 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LYNPARZA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	\$0 (Tier 1)	QL (112 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	\$0 (Tier 1)	QL (140 per 28 days), PA NSO
MEKINIST (0.05 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
MEKTOVI 15 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
MODEYSO 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 28 days), PA NSO
NERLYNX 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>nilotinib d-tartrate (50 mg cap, 150 mg cp, 200 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>nilotinib hcl (50 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (3 per 28 days), PA NSO
ODOMZO 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OJEMDA (100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE))	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (96 per 28 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
OJJAARA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>pazopanib hcl 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (14 per 21 days), PA NSO
PHYRAGO (50 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 70 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 28 days), PA NSO
QINLOCK 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
RETEVMO (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ROMVIMZA (14 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days), PA NSO
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days), PA NSO
RUBRACA (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
RYDAPT 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
SCEMBLIX 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days), PA NSO
<i>sorafenib 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
<i>sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAGRISSE (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.1 MG CAPSULE, 0.1 MG SOFTGEL, 0.35 MG CAPSULE, 0.35 MG SOFTGEL, 0.5 MG CAPSULE, 0.5 MG SOFTGEL, 0.75 MG CAPSULE, 0.75 MG SOFTGEL, 1 MG CAPSULE, 1 MG SOFTGEL)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
TALZENNA (0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
TORPENZ (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TRUQAP (160 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (64 per 28 days), PA NSO
TUKYSA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days), PA NSO
TURALIO 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VANFLYTA (17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 14 days), PA NSO
VENCLEXTA 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
VENCLEXTA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 28 days), PA NSO
VERZENIO (50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
VONJO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
XALKORI 150 MG PELLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
XALKORI 20 MG PELLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
XALKORI 50 MG PELLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XOSPATA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (32 per 28 days), PA NSO
ZEJULA (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
ZELBORAF 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ZYKADIA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Retinoids		
<i>bexarotene 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
<i>bexarotene 75 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	\$0 (Tier 1)	
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>leucovorin calcium (calcium 5 mg tab, calcium 10 mg tab, calcium 15 mg tab, calcium 25 mg tab, lederle 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesna 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiprotozoals		
<i>atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25, 250-100)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>benznidazole (12.5 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 3 days)
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
KRINTAFEL 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
NOURIANZ (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Agonists		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEUPRO (1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ONAPGO 98 MG/20 ML CARTRIDGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole 0.75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa (carbidopa-levodopa 10-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 tab, er 50-200 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
<i>loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	\$0 (Tier 1)	QL (2.4 per 56 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	\$0 (Tier 1)	QL (3.2 per 56 days)
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	\$0 (Tier 1)	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (3.2 per 14 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	\$0 (Tier 1)	QL (4.8 per 365 days)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (0.75 per 28 days)
ERZOFRI 156 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (1.5 per 28 days)
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (2.25 per 28 days)
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (0.25 per 28 days)
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (0.5 per 28 days)
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	\$0 (Tier 1)	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	\$0 (Tier 1)	QL (2.63 per 70 days)
<i>lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10-10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
OPIPZA 10 MG FILM	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate (fumarate 25 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 100 mg tab, 150 mg tablet, fumarate 200 mg tab, fumarate 300 mg tab, fumarate 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VRAYLAR (0.5 MG CAPSULE, 0.75 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ziprasidone 20 mg/ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Antipsychotics		
COBENFY (100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
COBENFY 50 MG-20 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO, NDS
COBENFY STARTER PACK	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO, NDS
Treatment-Resistant		
<i>clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clozapine odt (odt 12.5 mg tablet, odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet, odt 150 mg tablet, odt 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	

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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

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 1)	QL (30 per 30 days)
DOVATO 50-300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
GENVOYA TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET CHEW)	\$0 (Tier 1)	
ISENTRESS 400 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
JULUCA 50-25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
STRIBILD TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TIVICAY 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
EDURANT PED 2.5MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	
<i>efavir-emtri-tenof 600-200-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop (400-300-300, 600-300-300)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricit-rilp-tenof 200-25-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
IDVYNZO 100 MG-0.25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 2 days)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 8 days)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lopinavir-ritonavir (100-25mg tb, 200-50mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
PREZCOBIX (675 MG-150 MG TABLET, 800 MG-150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (336 per 28 days), NDS
PREVYMIS 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
PREVYMIS 480 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
<i>valganciclovir 450 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>tenofovir disop fum 300 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VIREAD POWDER	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
MAVYRET 100-40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (140 per 28 days)
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
Antiherpetic Agents		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp cup, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>famciclovir 125 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>penciclovir 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days), NDS

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiviral, Coronavirus Agents		
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 5 days), NDS
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 5 days), NDS
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	\$0 (Tier 1)	QL (11 per 5 days)
XOCOVA 125 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 5 days)
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 2 mg/ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
Antidiabetic Agents		
<i>acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>alogliptin (6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>alogliptin-metformin (12.5-1000, 12.5-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>colesevelam hcl 3.75 g packet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dapagliflozin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin-metformin er (er 5-500, er 10-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
<i>glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide xl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide xl 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide-metformin 2.5-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>glyburid-metformin 1.25-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (240 per 30 days)
<i>glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
INVOKAMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TABLET, 150-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
INVOKAMET XR (50-1,000 MG TAB, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TAB, 150-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
INVOKANA (100 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl (750 mg tablet, 850 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>sitagliip phos-metf er 50-1,000</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin (phos-metf 50-1,000, phos-metfor 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin er (er 50-500, er 100-1000)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sitagliptin phosphate (phos 100 mg tablet, phosphate 25 mg tb, phosphate 50 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
<i>sitagliptin-metfor er 50-1,000</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin-metformin (50-1000, 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin-metformin er (sitagliptin-metfo er 100-1,000, sitagliptin-metform er 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRADJENTA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRULICITY (0.75 MG/0.5 ML PEN, 1.5 MG/0.5 ML PEN, 3 MG/0.5 ML PEN, 4.5 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
XIGDUO XR (2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Glycemic Agents		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days), NDS
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.4 per 28 days), NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
GVOKE HYPOPEN 2PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.4 per 28 days), NDS

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
GVOKE PFS 1-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
GVOKE PFS 2-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
VYKAT XR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
VYKAT XR 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
VYKAT XR 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (210 per 30 days)
Insulins		
FIASP 100 UNIT/ML FLEXTouch	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
FIASP 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML CART	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG (100 CARTRIDGE, 100 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine max solo u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
<i>insulin lispro 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro jr 100 unit/ml</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro mix 75-25 kwkpn</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 (70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (70-30, RELION 70-30)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN (N 100 UNIT/ML, RELION N U-100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN (R 100 UNIT/ML, RELION R U-100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
NOVOLOG (100 VIAL, RELION 100 VL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN (100 UNIT/ML, RELION U-100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN (70-30 FLEXPEN, RELION 70-30 FLXPN)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
Anticoagulants		
<i>dabigatran etexilate (75 mg cap, 110 mg cp, 150 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0 (Tier 1)	QL (74 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium (2.5 mg/0.5 ml syr, 5 mg/0.4 ml syr, 7.5 mg/0.6 ml syr, 10 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	
FRAGMIN (10,000 UNIT/ML SYRINGE, 10,000 UNITS/ML SYRING)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
FRAGMIN (12,500 UNIT/0.5 ML SYR, 12,500 UNITS/0.5 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (15 per 30 days)
FRAGMIN (15,000 UNIT/0.6 ML SYR, 15,000 UNITS/0.6 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 30 days)
FRAGMIN (18,000 UNIT/0.72 ML, 18,000 UNITS/0.72 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (22 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
<i>rivaroxaban 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
XARELTO (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
XARELTO 15 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 21 days)
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	\$0 (Tier 1)	QL (51 per 30 days)
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
AQVESME 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag 12.5 mg susp pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (360 per 30 days)
<i>eltrombopag 25 mg susp packet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
GRANIX (300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
NEUPOGEN (300 MCG/0.5 ML SYR, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYR, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (2,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (3,000 VIAL, 20,000 VIAL, 40,000 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
RELEUKO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
RETACRIT (10,000 VIAL, 20,000 VIAL, 40,000 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
ROLVEDON 13.2 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridam er 25-200 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clopidogrel 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 1 days)
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOPTelet ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (15 per 5 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
DOPTelet (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor (60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Alpha-adrenergic Agonists		
<i>clonidine (0.1 patch, 0.2 patch, 0.3 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Angiotensin II Receptor Antagonists		
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb, 32 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
<i>benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>benazepril hcl 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lisinopril (30 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine gluc er 324 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SOTALOL AF (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succ er 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine besylate 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>felodipine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>nifedipine er 90 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDAMYST 70 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (4 per 28 days)
CARTIA XT (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILT-XR (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>verapamil er (er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil er pm (er 100 mg capsule, er 200 mg capsule, er 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil sr (sr 120 mg capsule, sr 180 mg capsule, sr 240 mg capsule, sr 360 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Cardiovascular Agents, Other		
<i>acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>aliskiren (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amlodipine besylate-benazepril (2.5-10, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg, 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan (5-160 mg, 5-320 mg, 10-160 mg, 10-320 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg, 10-160-12.5mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
CAMZYOS (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>digoxin 62.5 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ENTRESTO SPRINKLE (6-6MG PELLET, 15-16 MG PLT)	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ivabradine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>metyrosine 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYQORZO (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan (49-51 mg, 97-103 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan 24-26 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VANRAFIA 0.75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VOYXACT 400 MG/2 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (0.25 MG/0.5 ML PEN, 0.5 MG/0.5 ML PEN, 1 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (1.7 MG/0.75 ML PEN, 2.4 MG/0.75 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide</i> (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
<i>furosemide</i> (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vial)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>torsemide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine (packet, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cholestyramine light (packet, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colesevelam 625 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ezetimibe 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 1 gram capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>omega-3 ethyl esters 1 gm cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PREVALITE (PACKET, POWDER)	\$0 (Tier 1)	
REDEMPLO 25 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.5 per 90 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 1)	PA
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
TRYNGOLZA (50 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.8 per 28 days)
Mineralocorticoid Receptor Antagonists		
<i>eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononit er 60 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 120 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days), NDS
<i>nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Agents		
RADICAVA ORS (105 MG/5 ML SUSP, STARTER KIT SUSP)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (70 per 14 days)
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	PA, QL (600 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>dextroamp-amphetamin 30 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (150 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
<i>dextroamphetamine-amphetamine (dextroamp-amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp-amphetamin 20 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate (10 mg/9hr, 15 mg/9hr, 20 mg/9hr, 30 mg/9hr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
<i>methylphenidate 10 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate 5 mg/5 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1800 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 18 mg tab, er 27 mg tab, er 54 mg tab, er 72 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er (la) (er(la) 10mg cp, er(la) 20mg cp, er(la) 30mg cp, er(la) 40mg cp, er(la) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl cd (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er(cd) 10mg cp, er(cd) 20mg cp, er(cd) 30mg cp, er(cd) 40mg cp, er(cd) 50mg cp, er(cd) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
<i>methylphenidate la (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate sr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Central Nervous System Agents, Other		
AUSTEDO (6 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
AUSTEDO 9 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR (18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITR(12-18-24-30MG)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
<i>dextromethorphan-quinidn 20-10</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
INGREZZA (40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA SPRINKLE (40 MG CAP, 60 MG CAP, 80 MG CAP)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Fibromyalgia Agents		
<i>milnacipran hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	\$0 (Tier 1)	PA
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYR (4PK)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
AVONEX PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	\$0 (Tier 1)	PA
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML (4PK)	\$0 (Tier 1)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>fingolimod 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
PONVORY (14-DAY STARTER PACK, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
TASCENSO ODT (ODT 0.25 MG TABLET, ODT 0.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
<i>teriflunomide (7 mg tablet, 14 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA

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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
Acne and Rosacea Agents		
ACCUTANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>azelaic acid 15% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clind ph-benzoyl perox 1.2-5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin-benzoyl gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
NEUAC GEL	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIDERM 0.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clotrimazole-betamethasone (crm, lot)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
EUCRISA 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
FILSUEVZ 10% GEL	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluorouracil (2% soln, 5% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>fluorouracil 0.5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>fluorouracil 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (55 per 28 days)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
OTEZLA XR 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
OTEZLA XR INITIATION PK 28 DAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (41 per 28 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	
QBREXZA 2.4% CLOTH	\$0 (Tier 1)	PA
SANTYL OINTMENT	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), NDS
SILVADENE 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SPEVIGO 300 MG/2 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZORYVE (0.05% CREAM, 0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0 (Tier 1)	PA
Pediculicides/Scabicides		
CROTAN 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
<i>malathion 0.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>permethrin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
Topical Anti-infectives		
<i>acyclovir 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>acyclovir 5% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel)</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</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>mupirocin 2% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naftifine hcl (1% cream, 2% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxiconazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SULFAMYLLON 8.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
ZELSUVMI 10.3% GEL	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacements		
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluoride (0.25 mg tablet chew, 0.5 mg tablet chew, 1 mg tablet chewable)</i>	\$0 (Tier 1)	
ISOLYTE S IV SOLN PH7.4	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate 50% syringe</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>multiple electrolytes t1 ph7.4</i>	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium chloride (cl10%(20meq/15ml)cup, cl10%(40meq/30ml)cup, cl20%(40meq/15ml)cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/100 ml sol, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20 meq/100 ml sol, cl 20% (40 meq/15ml), cl 30 meq/15 ml conc, cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>sodium chloride 0.9%-water</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
<i>deferasirox (90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 1,000 mg tb(3x/dy)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOJOLVI LIQUID	\$0 (Tier 1)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tolvaptan (15 mg tablet, 15 mg-15 mg tablet, 30 mg tablet, 30 mg-15 mg tablet, 45 mg-15 mg tablet, 60 mg-30 mg tablet, 90 mg-30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
ALTRIXA OB PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
AZENTRA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
CLINIMIX (4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA
CLINIMIX E (2.75%-5% SOLUTION, 4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA
CLINISOL 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
CLINOLIPID (20% (100 GM/500 ML), 20% (20 GM/100 ML), 20% (200 GM/1000ML), 20% (50 GM/250 ML))	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dextrose 10%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>dextrose 10%-0.45% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl iv</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
EMBRIVA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
FOLATEXCEL PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
GESTYRA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl (10 meq/500ml-d5w-0.45%nacl, 10 meq/l-d5w-0.45% nacl, 20 meq/l-d5w-0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
MATERNACEL PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
MATERVIA PRENATAL CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
MATRONEX PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
NATAL PNV TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEO-VITAL RX TABLET	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
NEOMATERNA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0 (Tier 1)	PA
ONE NATAL RX PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMASOL 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
PRENOVA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
PROSOL 20% INJECTION	\$0 (Tier 1)	PA
TPN ELECTROLYTES VIAL	\$0 (Tier 1)	
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	\$0 (Tier 1)	PA
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
VITALARA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
WESNATAL DHA COMPLETE	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Phosphate Binders		
<i>calcium acetate (667 mg capsule, 667 mg gelcap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer carbonate (0.8 gm powder packet, 2.4 gm powder packet, carbonate 800 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer hcl (400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Potassium Binders		
KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (34 per 30 days)
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate (sodium polystyrene sulf powder, sps 15 gm/60 ml suspension, sps 30 gm/120 ml enema, sps 50 gm/200 ml enema)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 packet, 20 gm packet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
RELISTOR (8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML KIT, 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days), NDS
SUTAB 1.479-0.225-0.188 GM TAB	\$0 (Tier 1)	
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5, diphenoxylate-atrop 2.5-0.025)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days), NDS
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
XERMELO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Gastrointestinal Agents, Other		
<i>bismuth-metro-tetr 140-125-125</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 10 days), NDS
GATTEX 5 MG INJECTION	\$0 (Tier 1)	PA
GAVILYTE-C SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-G SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-N SOLUTION	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
GOLYTELY SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg-3350 and electrolytes soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol</i>	\$0 (Tier 1)	
TALICIA DR 10-250-12.5 MG CAP	\$0 (Tier 1)	PA, QL (168 per 14 days), NDS
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VELSIPITY 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
VOQUEZNA DUAL PAK	\$0 (Tier 1)	PA, QL (112 per 14 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK	\$0 (Tier 1)	PA, QL (112 per 14 days), NDS
VOWST CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 3 days), NDS
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
AQNEURSA 1 GRAM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>betaine 1 gram/scoop powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
CREON (DR 3,000 CAPSULE, DR 6,000 CAPSULE, DR 12,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE, DR 36,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
CTEXLI 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
DAYBUE STIX (5,000 MG PACKET, 6,000 MG PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
DAYBUE STIX 8,000 MG PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dichlorphenamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	PA, QL (420 per 30 days)
FORZINITY 280 MG/3.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (14 per 28 days)
<i>glycerol phenylbut 1.1 gram/ml</i>	\$0 (Tier 1)	PA
HARLIKU 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
JAVYGTOR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
JOENJA 70 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
KYGEVVI 4 GM (2GM-2GM) POWD PK	\$0 (Tier 1)	PA
<i>L-glutamine 5 gram powder pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
LOARGYS 2 MG/0.4 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
MIPLYFFA (47 MG CAPSULE, 62 MG CAPSULE, 93 MG CAPSULE, 124 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
ORMALVI 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
PERTZYE (DR 4,000 CAPSULE, DR 8,000 CAPSULE, DR 16,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
PLENAMINE 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
PROLASTIN C (1,000 MG VIAL, 1,000 MG/20 ML VL)	\$0 (Tier 1)	PA
PYRUKYND (20-5 MG PACK, 50-20 MG PACK)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (14 per 14 days)
PYRUKYND 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (7 per 7 days)
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	\$0 (Tier 1)	PA, QL (7 per 7 days)
PYRUKYND 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
RIVFLOZA 128 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.8 per 28 days)
RIVFLOZA 160 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.5 per 28 days)
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 20,880-78,300 UNITS TB)	\$0 (Tier 1)	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
WAINUA 45 MG/0.8 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA
WELIREG 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XROMI 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
YARGESA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ZENPEP (DR 3,000 CAPSULE, DR 5,000 CAPSULE, DR 10,000 CAPSULE, DR 15,000 CAPSULE, DR 20,000 CAPSULE, DR 25,000 CAPSULE, DR 40,000 CAPSULE, DR 60,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genitourinary Agents		
Antispasmodics, Urinary		
<i>darifenacin er (er 7.5 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tablet, er 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
GEMTESA 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>mirabegron er (er 25 mg tablet, er 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>mirabegron er 8 mg/ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (100 per 10 days)
<i>oxybutynin chloride (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tablet, er 10 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

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)		
CORTROPHIN (GEL 40 UNIT/0.5 ML, GEL 80 UNIT/ML SYR)	\$0 (Tier 1)	PA
CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 28 days), NDS
<i>deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml cup, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
<i>fludrocortisone 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
JAYTHARI (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
KYMBEE (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate (sod 1% eye drop, 5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 15mg/5ml soln cup, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
PYQUVI 22.75 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
CRENESSITY (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desmopressin acetate (0.01% solution, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA WR (11.6 MG VIAL, 11.6MG FOUR-VL KIT)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (4 per 28 days)
GENOTROPIN (MINIQUICK 0.2 MG, MINIQUICK 0.4 MG, MINIQUICK 0.6 MG, MINIQUICK 0.8 MG, MINIQUICK 1 MG, MINIQUICK 1.2 MG, MINIQUICK 1.4 MG, MINIQUICK 1.6 MG, MINIQUICK 1.8 MG, MINIQUICK 2 MG, 5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
HUMATROPE (6 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE, 24 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 1)	PA
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
NORDITROPIN FLEXPOR (5 MG/1.5, 10 MG/1.5, 15 MG/1.5)	\$0 (Tier 1)	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	\$0 (Tier 1)	PA
SKYTROFA (0.7 MG CARTRIDGE, 1.4 MG CARTRIDGE, 1.8 MG CARTRIDGE, 2.1 MG CARTRIDGE, 2.5 MG CARTRIDGE, 3 MG CARTRIDGE, 3.6 MG CARTRIDGE, 4.3 MG CARTRIDGE, 5.2 MG CARTRIDGE, 6.3 MG CARTRIDGE, 7.6 MG CARTRIDGE, 9.1 MG CARTRIDGE, 11 MG CARTRIDGE, 13.3 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
SOGROYA (5 MG/1.5 ML PEN, 10 MG/1.5 ML PEN, 15 MG/1.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA
ZOMACTON 5 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA

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 cypionate (testosteron 2,000 mg/10 ml, testosterone 100 mg/ml, testosterone 200 mg/ml, testosterone 500 mg/2.5 ml, testosterone 500 mg/5 ml, testosterone 1,000 mg/10ml, testosterone 1,000 mg/5 ml, testosterone 2,000 mg/10ml, testosterone 6,000 mg/30ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>testosterone enanthate (testosteron 1,000 mg/5 ml, testosterone 200 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Estrogens		
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
<i>conjugated estrogens (estrogen 0.625mg tb, estrogens 0.3 mg tb, estrogens 0.45mg tb, estrogens 0.9 mg tb, estrogens 1.25mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	
DOTTI (0.025 MG PATCH, 0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
ESTRACE 0.01% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.01% cream, 0.5 mg 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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>estradiol (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol (twice weekly) (0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol 0.05 mg patch (1/wk)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol valerate (20 mg/ml vial, 40 mg/ml vial, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
ESTRING (2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG) RING)	\$0 (Tier 1)	
FEMRING (0.05 VAG RING, 0.10 VAG RING)	\$0 (Tier 1)	
IMVEXXY (4 MCG MAINTENANCE PACK, 4 MCG STARTER PACK, 10 MCG MAINTENANCE PAK, 10 MCG STARTER PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
LYLLANA (0.025 MG PATCH, 0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
MENOSTAR 14 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	\$0 (Tier 1)	
YUVAFEM (10 MCG INSERT, 10 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers), Other		
ABIGALE 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ABIGALE LO 0.5-0.1 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ACTIVELLA 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALTAVERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ANGELIQ (0.25 MG-0.5 MG TABLET, 0.5 MG-1 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
APRI 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
ARANELLE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ASHLYNA 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
AUBRA EQ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AUBRA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AVIANE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AZURETTE 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
BALCOLTRA TABLET	\$0 (Tier 1)	
BALZIVA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BEYAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BLISOVI 24 FE TABLET	\$0 (Tier 1)	
BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BRIELLYN 0.4 MG-0.035 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
CAMRESE LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
CLIMARA PRO PATCH	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
COMBIPATCH (0.05-0.14 MG, 0.05-0.25 MG)	\$0 (Tier 1)	
CRYSELLE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELURYNG VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENILLORING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENSKYCE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol-norethindrone acetat (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
FALMINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
FEIRZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
FEMLYV 1 MG-0.02 MG ODT	\$0 (Tier 1)	
FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEW TAB	\$0 (Tier 1)	
FYAVOLV (0.5 MG-2.5 MCG TABLET, 1 MG-5 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
GALBRIELA 0.8-0.025 MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
HAILEY FE 1-20 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INTRAROSA 6.5 MG VAG INSERT	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
INTROVALE 0.15-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JAIMIESS 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JOYEAUX-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
JULEBER 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JUNEL (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE 24 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
KARIVA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
KELNOR 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KURVELO-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KYLEENA 19.5 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
LARIN (1.5 MG-30 MCG TABLET, 21 1-20 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LARIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LESSINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LEVONEST-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorg-ee-fe bis 0.1-0.02-36</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1-0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic)</i>	\$0 (Tier 1)	
LILETTA 52 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOESTRIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
LOESTRIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOJAIMIESS 0.1-0.02-0.01 TAB	\$0 (Tier 1)	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LUIZZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
MARLISSA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MINZOYA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
MIRENA 52 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
NATAZIA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
NECON 0.5-35-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXTSTELLIS 3-14.2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norelgestrom-ee 150-35 mcg/day</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 (1-0.02(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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
NORTREL (0.5-35-28 TABLET, 1-35 21 TABLET, 1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
NUVARING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
NYLIA (1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
PIMTREA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
PORTIA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMPHASE 0.625-5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMPRO (0.3 MG-1.5 MG TABLET, 0.45-1.5 MG TABLET, 0.625-2.5 MG TABLET, 0.625-5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
RIVELSA TABLET	\$0 (Tier 1)	
ROSYRAH TABLET	\$0 (Tier 1)	
SAFYRAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TAB	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
SKYLA 13.5 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
SLYND 4 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
SPRINTEC 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
SYEDA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 EQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TILIA FE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-MILI 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
TRI-VYLIBRA LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
TURQOZ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TWIRLA 120-30 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
TYBLUME 0.1-0.02 MG CHEW TAB	\$0 (Tier 1)	
TYDEMY 3-0.03-0.451 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VALTYA (1 MG-35 MCG TABLET, 1 MG-50 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
VELIVET 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIENVA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIORELE 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
WYMZYA FE (0.4-0.035 MG CHEW TB, CHEWABLE TABLET)	\$0 (Tier 1)	
XARAH FE 1 MG/20-30-35 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
XELRIA FE 0.4-0.035 MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
YASMIN 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
YAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35 TABLET	\$0 (Tier 1)	
Progestins		
CAMILA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
CRINONE (4% GEL, 8% GEL)	\$0 (Tier 1)	PA
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
ERRIN 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
GALLIFREY 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
HEATHER 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INCASSIA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYLEQ 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYZA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>megestrol 400 mg/10ml susp cup</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>megestrol acetate 40mg/ml oral suspension</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MELEYA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0 (Tier 1)	
NORA-BE TABLET	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>norethindrn 5 mg tb (lupaneta)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ORQUIDEA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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)		

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

<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)	
---	--------------	--

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)	
LIOMNY (5 MCG TABLET, 25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
REZDIFFRA (60 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
SYNTHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
THYQUIDITY 100 MCG/5 ML SOLN	\$0 (Tier 1)	
TIROSINT-SOL (13 MCG/ML SOLN, 25 MCG/ML SOLN, 37.5 MCG/ML SOLN, 44 MCG/ML SOLN, 50 MCG/ML SOLN, 62.5 MCG/ML SOLN, 75 MCG/ML SOLN, 88 MCG/ML SOLN, 100 MCG/ML SOLN, 112 MCG/ML SOLN, 125 MCG/ML SOLN, 137 MCG/ML SOLN, 150 MCG/ML SOLN, 175 MCG/ML SOLN, 200 MCG/ML SOLN)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
UNITHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE KIT	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 45 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
FIRMAGON (2 X 120 MG KIT, 2 X 120 MG VIALS, 80 MG KIT, 80 MG VIAL, 120 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (3.75 MG KIT, 7.5 MG 1 MONTH KT, 11.25 MG 3MO KIT, 22.5 MG 3MO KIT, 30 MG 4 MONTH KIT, 45 MG 6 MONTH KIT)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0 (Tier 1)	PA
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
ORIAHNN 300-1-0.5MG/300MG CAPS	\$0 (Tier 1)	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
SOMAVERT (10 MG VIAL, 15 MG VIAL, 20 MG VIAL, 25 MG VIAL, 30 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
TRELSTAR (3.75 MG VIAL, 22.5 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TRELSTAR 11.25 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS

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 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
Angioedema Agents		
CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 1)	PA
DAWNZERA 80 MG/0.8 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
Immunoglobulins		
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
GAMMAGARD LIQUID ERC (LIQUID 5 G/50 ML, LIQUID 10G/100ML)	\$0 (Tier 1)	PA
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
Immunological Agents		
ENTYVIO 108 MG/0.68 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.36 per 28 days)
GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SL TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TARPEYO DR 4 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
VOYDEYA (100 MG TABLET, 150 MG DOSE TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	\$0 (Tier 1)	PA
ANDEMBRY 200 MG/1.2 ML AUTOINJ	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ARCALYST 220 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	\$0 (Tier 1)	PA
COSENTYX SNRDY 300MG DOSE-2PEN	\$0 (Tier 1)	PA
COSENTYX SYRINGE (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	\$0 (Tier 1)	PA
DUPIXENT PEN (200 MG/1.14 ML PEN, 300 MG/2 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA
DUPIXENT SYRINGE (200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
EMPAVELI 1,080 MG/20 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (160 per 28 days)
ICOTYDE 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
IMULDOSA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
KEVZARA (150 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
LEQSELVI 8 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
LITFULO 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH (200 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG DOSE - 2 SYRINGES)	\$0 (Tier 1)	PA
OMVOH PEN (200 MG/2 ML PEN, 300 MG DOSE - 2 PENS)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	\$0 (Tier 1)	PA
OTULFI (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1260 per 28 days)
SAPHNELO 120 MG/0.8 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SAPHNELO 120 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SILIQ 210 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
SKYRIZI (55 MG/0.37 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	\$0 (Tier 1)	PA
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	\$0 (Tier 1)	PA
SOTYKTU 6 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
SPEVIGO 150 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
STEQEYMA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR	\$0 (Tier 1)	PA
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
TALTZ SYRINGE (20 MG/0.25 ML SYRINGE, 40 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tofacitinib 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>tofacitinib citrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
<i>tofacitinib citrate er (er 11 mg tablet, er 22 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA 100 MG/ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA INDCT 200MG/2ML X2 PEN	\$0 (Tier 1)	PA
XOLAIR (75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
YESINTEK (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SYRING	\$0 (Tier 1)	PA, QL (17 per 28 days)
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	PA, QL (23 per 28 days)
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/0.5 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LEUKINE 250 MCG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
Immunosuppressants		
<i>adalimumab-aaty(cf)</i> (<i>adalimumab-aaty(cf)</i> 20mg/0.2ml, <i>adalimumab-aaty(cf)</i> 40mg/0.4ml)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-aaty(cf) autoinject</i> (<i>adalimumab-aaty(cf)</i> 40mg/0.4ml, <i>adalimumab-aaty(cf)</i> 80mg/0.8ml)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
<i>adalimumab-aaty(cf) crohn 80mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-fkjp(cf)</i> (<i>adalimumab-fkjp(cf) 20 mg, adalimumab-fkjp(cf) 40 mg</i>)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-fkjp(cf) pen 40 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 1)	PA
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ENBREL (25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	\$0 (Tier 1)	PA
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 1)	PA
ENVARUSUS XR (0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
HADLIMA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8 ML	\$0 (Tier 1)	PA
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 40MG/0.4	\$0 (Tier 1)	PA
HYFTOR 0.2% GEL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	PA BVD
NEORAL (25 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SIMPONI (100 MG/ML PEN INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
SIMPONI (50 MG/0.5 ML PEN INJEC, 50 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1 per 28 days)
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
<i>tacrolimus</i> (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule, 5 mg capsule (ir))	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>tacrolimus xl</i> (0.5 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
TYENNE 162 MG/0.9 ML AUTOINJCT	\$0 (Tier 1)	PA
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
YULITHIRA (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
ZYMFENTRA 120 MG/ML PEN KIT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
ZYMFENTRA 120 MG/ML SYRINGE KT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
Vaccines		
ABRYSVO VIAL	\$0 (Tier 1)	
ACTHIB VACCINE	\$0 (Tier 1)	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 1)	
AREXVY VACCINE	\$0 (Tier 1)	
<i>bcg vaccine (tice strain) vial</i>	\$0 (Tier 1)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
BOOSTRIX TDAP VACCINE SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
DAPTACEL DTAP VACCINE	\$0 (Tier 1)	
ENGRIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
ENGRIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	\$0 (Tier 1)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	PA
HIBERIX VACCINE	\$0 (Tier 1)	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	\$0 (Tier 1)	
INFANRIX DTAP VACCINE	\$0 (Tier 1)	
IPOL VIAL	\$0 (Tier 1)	
IXIARO VACCINE	\$0 (Tier 1)	
JYNNEOS VACCINE	\$0 (Tier 1)	
KINRIX VACCINE	\$0 (Tier 1)	
M-M-R II VACCINE VIAL	\$0 (Tier 1)	
MENQUADFI VIAL	\$0 (Tier 1)	
MENVEO VACCINE	\$0 (Tier 1)	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	\$0 (Tier 1)	
PENBRAYA VACCINE	\$0 (Tier 1)	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y KIT	\$0 (Tier 1)	
PENTACEL VACCINE	\$0 (Tier 1)	
PRIORIX VIAL	\$0 (Tier 1)	
PROQUAD VIAL	\$0 (Tier 1)	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 1)	
RABAVERT VACCINE	\$0 (Tier 1)	NDS
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
ROTATEQ VACCINE	\$0 (Tier 1)	
SHINGRIX VACCINE	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 365 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 1)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRINGE, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	\$0 (Tier 1)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	
VARIVAX VACCINE	\$0 (Tier 1)	
VAXCHORA VACCINE	\$0 (Tier 1)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
VIVOTIF EC CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates and/or Prodrugs		
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine dr 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
PENTASA 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
<i>sulfasalazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfasalazine dr 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
Glucocorticoids		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>budesonide dr 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>budesonide ec 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg/60 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BILDYOS 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BILPREVDA 120 MG/1.7 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
BOMYNTRA (120 MG/1.7 ML SYRINGE, 120 MG/1.7 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
BONSITY 560 MCG/2.24 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
<i>calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
CONEXXENCE 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
RAYALDEE (ER 30 MCG CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 84 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>teriparatide 560mcg/2.24ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
<i>atropine 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
MIEBO 100% EYE DROP	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-bacit-polymix eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>pilocarpine hcl 1.25% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	QL (7 per 30 days), NDS
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i>	\$0 (Tier 1)	
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8.4 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Ophthalmic Anti-Infectives		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>besifloxacin 0.6% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide 10% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
XDEMVY 0.25% DROP	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
<i>bromfenac sodium 0.09% eye drp</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

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

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carteolol hcl 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levobunolol 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>timolol maleate (0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>apraclonidine hcl 0.5% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>brimonidine-timolol 0.2%-0.5%</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>brinzolamide 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROP	\$0 (Tier 1)	
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
RHOPRESSA 0.02% OPHTH SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 30 days)
ROCKLATAN 0.02%-0.005% EYE DRP	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 30 days)
<i>travoprost 0.004% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	ST
VYZULTA 0.024% OPHTH SOLUTION	\$0 (Tier 1)	ST

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Otic Agents		
Otic Agents		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciproflox-dexameth otic susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin-hydrocort 0.2-1%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinolone oil 0.01% ear drp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	\$0 (Tier 1)	

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 1)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>flunisolide 0.025% spray</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
<i>fluticasone prop 100mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>fluticasone prop 250 mcg disk</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDIHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (21.2 per 30 days)
Antihistamines		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>cypheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocetirizine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Antileukotrienes		
<i>montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
<i>tiotropium 18 mcg cap-inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
<i>arformoterol 15 mcg/2 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>epinephrine (0.15 mg auto-inject, 0.3 mg auto-inject)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days), NDS
<i>levalbuterol conc 1.25 mg/0.5</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol tar hfa 45mcg inh</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
NEFFY (1 MG/0.1 ML NASAL SPRAY, 2 MG/0.1 ML NASAL SPRAY)	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days), NDS
SEREVENT DISKUS 50 MCG	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Cystic Fibrosis Agents		
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
KALYDECO (5.8 MG GRANULES PKT, 13.4 MG GRANULES PKT, 25 MG GRANULES PACKET, 50 MG GRANULES PACKET, 75 MG GRANULES PACKET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ORKAMBI (100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (112 per 28 days)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SYMDEKO (50/75 MG-75 MG TABLETS, 100/150 MG-150 MG TABS)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>theophylline 80 mg/15 ml cup</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, LA
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
ORENITRAM ER (ER 0.125 MG TABLET, ER 0.25 MG TABLET, ER 1 MG TABLET, ER 2.5 MG TABLET, ER 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
Pulmonary Fibrosis Agents		
JASCAYD (9 MG TABLET, 18 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine (10% vial, 20% vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE (160-18-4.8MCG, 160-9-4.8 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (10.7 per 30 days)
BRINSUPRI (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
FASENRA PEN 30 MG/ML	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluticasone prop hfa 220 mcg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol hfa (45-21, 115-21, 230-21)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone-vilanterol (100-25, 200-25)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
NUCALA (100 MG/ML AUTO-INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.4 per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT (INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (28), INHALER (60))	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.91 per 28 days)
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
WINREVAIR (2 PACK) (45 MG KIT, 60 MG KIT)	\$0 (Tier 1)	PA
WINREVAIR 45 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
WINREVAIR 60 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
WIXELA INHUB (100-50, 250-50, 500-50)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>orphenadrine er 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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), NDS
<i>triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
<i>zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Sleep Disorder Agents		
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate 0.5 g/ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 정보를 위해 www.caloptima.org/OneCare를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Supplies		
<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>needles, insulin disp., safety</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 20 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

문의 사항이 있으시면 CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 (10월 1일~3월 31일까지는) 주 7일, 오전 8시~오후 8시까지, (4월 1일~9월 30일까지는) 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시까지 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보를 위해** 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 95

2

2nd Generation/Atypical 96

A

abacavir 106

abacavir-lamivudine 106

ABIGALE 191

ABIGALE LO 191

ABILIFY ASIMTUFII 96,97

ABILIFY MAINTENA 97

abiraterone acetate 69

ABIRTEGA 69

ABRYSVO VIAL 223

acamprosate calcium 28

acarbose 115

ACCUTANE 157

acebutolol hcl 135

acetaminophen-codeine 22

acetaminophen-codeine 120-12

mg/5 22

acetazolamide 140

acetazolamide er 234

acetic acid 236

acetylcysteine 244

acitretin 157

Acne and Rosacea Agents 157

ACTEMRA 211

ACTEMRA ACTPEN 211

ACTHIB VACCINE 223

ACTIMMUNE 217

ACTIVEVILLA 191

acyclovir 111,163

acyclovir sodium 111

ADACEL TDAP 223

adalimumab-aaty(cf) 217

adalimumab-aaty(cf) ai

crohns 218

adalimumab-aaty(cf)

autoinject 217

adalimumab-fkjp(cf) 218

adalimumab-fkjp(cf) pen 218

adefovir dipivoxil 109

ADEMPAS 242

AIMOVIG AUTOINJECTOR 65

AJOVY AUTOINJECTOR 65

AJOVY AUTOINJECTOR (3

PACK) 65

AJOVY SYRINGE 65

AKEEGA 74

ALA-CORT 158

albendazole 91

albuterol sulfate 238

albuterol sulfate hfa 90 mcg

inhaler (proair generic) 239

albuterol sulfate hfa 90 mcg

inhaler (proventil generic) 239

albuterol sulfate hfa 90 mcg

inhaler (ventolin generic) 239

Alcohol Deterrents/Anti-

craving 28

ALECENSA 74

alendronate sodium 228

alfuzosin hcl er 183

aliskiren 140

Alkylating Agents 69

allopurinol 64

alogliptin 115

alogliptin-metformin 115

alosetron hcl 174

Alpha-adrenergic Agonists 131

Alpha-adrenergic Blocking

Agents 132

alprazolam 113

ALTAVERA 191

ALTRIXA OB 168

ALUNBRIG 74

ALYACEN 191

ALYQ 242

amantadine 92

ambrisentan 242

amcinonide 158

amikacin sulfate 30

amiloride hcl 145

amiloride-

hydrochlorothiazide 140

Aminoglycosides 30

Aminosalicylates and/or

Prodrugs 227

amiodarone hcl 134

amitriptyline hcl 58

amlodipine besylate 137

amlodipine besylate-

benazepril 140

amlodipine-atorvastatin 141

amlodipine-olmesartan 141

amlodipine-valsartan 141

amlodipine-valsartan-hctz 141

ammonium lactate 158

AMNESTEEM 157

amoxapine 58

amoxicillin 35

amoxicillin-clavulanate

potass 36

amphotericin b 61

amphotericin b liposome 61

ampicillin sodium 36

ampicillin trihydrate 36

ampicillin-sulbactam 36

Amyotrophic Lateral Sclerosis

(ALS) Agents 150

anagrelide hcl 127

ANALGESICS 22

Analgesics 22

Analgesics Combinations	22	Anti-influenza Agents	110	Antispasmodics, Gastrointestinal	175
<i>anastrozole</i>	73	Antiandrogens	69	Antispasmodics, Urinary	182
ANDEMBRY		Antiangiogenic Agents	70	ANTISPASTICITY AGENTS	103
AUTOINJECTOR	211	Antiarrhythmics	134	Antispasticity Agents	103
Androgens	188	ANTIBACTERIALS	30	Antithyroid Agents	209
ANESTHETICS	27	Antibacterials, Other	30	Antituberculars	68
ANGELIQ	191	Anticholinergics	92	Antiviral, Coronavirus Agents	112
Angioedema Agents	210	Anticoagulants	124	ANTIVIRALS	104
Angiotensin II Receptor Antagonists	132	ANTICONVULSANTS	42	ANUSOL-HC	227
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors	133	Anticonvulsants, Other	42	ANXIOLYTICS	112
ANNOVERA	189	ANTIDEMENTIA AGENTS	51	Anxiolytics, Other	112
Anthelmintics	91	Antidementia Agents, Other	51	<i>apraclonidine hcl</i>	234
ANTI- ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS	28	ANTIDEPRESSANTS	52	<i>aprepitant</i>	60,61
Anti-Constipation Agents	173	Antidepressants, Other	52	APRI	192
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents	109	Antidiabetic Agents	115	APTIVUS	108
Anti-Diarrheal Agents	174	ANTIEMETICS	59	AQNEURSA	178
Anti-hepatitis B (HBV) Agents	109	Antiemetics, Other	59	AQVESME	127
Anti-hepatitis C (HCV) Agents	110	Antiestrogens/Modifiers	71	ARANELLE	192
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)	104	ANTIFUNGALS	61	ARCALYST	212
Anti-HIV Agents, Non- nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)	105	Antifungals	61	AREXVY VACCINE	223
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)	106	ANTIGOUT AGENTS	64	<i>arformoterol tartrate</i>	239
Anti-HIV Agents, Other	107	Antigout Agents	64	ARIKAYCE	30
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)	108	Antiherpetic Agents	111	<i>aripiprazole</i>	97
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids	236	Antihistamines	237	<i>aripiprazole odt</i>	97
		Antileukotrienes	237	ARISTADA	97
		Antimetabolites	71	ARISTADA INITIO	98
		ANTIMIGRAINE AGENTS	65	<i>armodafinil</i>	248
		Antimigraine Agents	65	ARNUITY ELLIPTA	236
		ANTIMYASTHENIC AGENTS	67	Aromatase Inhibitors, 3rd Generation	73
		ANTIMYCOBACTERIALS	68	<i>asenapine maleate</i>	98
		Antimycobacterials, Other	68	ASHLYNA	192
		ANTINEOPLASTICS	69	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	130
		Antineoplastics	72	<i>atazanavir sulfate</i>	108
		Antineoplastics, Other	72	<i>atenolol</i>	136
		ANTIPARASITICS	91	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	141
		ANTIPARKINSON AGENTS	92	<i>atomoxetine hcl</i>	151
		Antiparkinson Agents, Other	92	<i>atorvastatin calcium</i>	146
		Antiprotozoals	91		
		ANTIPSYCHOTICS	95		
		Antipsychotics	102		

B

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

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

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

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

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

HADLIMA(CF).....	219	Hormonal Agents,	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>
HADLIMA(CF)		Stimulant/Replacement/Modify	<i>7.5-325mg.....</i>
PUSHTOUCH.....	220	ng (Sex Hormones/Modifiers),	<i>hydrocodone-ibuprofen.....</i>
HAEGARDA.....	210	Other.....	<i>hydrocortisone.....</i>
HAILEY 24 FE.....	194	HORMONAL AGENTS,	<i>hydrocortisone butyrate....</i>
HAILEY FE.....	194	STIMULANT/REPLACEMENT/	<i>hydrocortisone valerate....</i>
<i>halobetasol propionate.....</i>	<i>160</i>	MODIFYING (THYROID)...	<i>hydromorphone hcl.....</i>
<i>haloperidol.....</i>	<i>95</i>	Hormonal Agents,	<i>hydroxychloroquine sulfate..</i>
<i>haloperidol decanoate.....</i>	<i>95</i>	Stimulant/Replacement/Modify	<i>hydroxyurea.....</i>
<i>haloperidol decanoate 100...95</i>		ng (Thyroid).....	<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral</i>
<i>haloperidol lactate.....</i>	<i>95</i>	HORMONAL AGENTS,	<i>solution.....</i>
HARLIKU.....	179	SUPPRESSANT (ADRENAL	<i>hydroxyzine hcl.....</i>
HAVRIX.....	224	OR PITUITARY).....	<i>hydroxyzine pamoate.....</i>
HEATHER.....	203	Hormonal Agents, Suppressant	HYFTOR.....
HEMADY.....	90	(Adrenal or Pituitary).....	HYRNUO.....
Hemostasis Agents.....	130	HORMONAL AGENTS,	
<i>heparin sodium.....</i>	<i>126</i>	SUPPRESSANT	
HEPLISAV-B.....	224	(THYROID).....	<i>ibandronate sodium.....</i>
HERNEXEOS.....	78	HUMALOG.....	IBRANCE.....
HIBERIX VACCINE.....	224	HUMALOG JUNIOR	IBTROZI.....
Histamine-2 (H2) Receptor		KWIKPEN.....	IBU.....
Antagonists.....	176	HUMALOG KWIKPEN U-	<i>ibuprofen.....</i>
HORMONAL AGENTS,		100.....	<i>icatibant.....</i>
STIMULANT/REPLACEMENT/		HUMALOG MIX 50-50	ICLEVIA.....
MODIFYING (ADRENAL)...	184	KWIKPEN.....	ICLUSIG.....
Hormonal Agents,		HUMALOG MIX 75-25.....	<i>icosapent ethyl.....</i>
Stimulant/Replacement/Modify		HUMALOG MIX 75-25	ICOTYDE.....
ng (Adrenal).....	184	KWIKPEN.....	IDHIFA.....
HORMONAL AGENTS,		HUMATROPE.....	IDVYNOS.....
STIMULANT/REPLACEMENT/		HUMULIN 70-30.....	<i>imatinib mesylate.....</i>
MODIFYING (PITUITARY)...	186	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	IMBRUVICA.....
Hormonal Agents,		HUMULIN N.....	<i>imipenem-cilastatin sodium..</i>
Stimulant/Replacement/Modify		HUMULIN N KWIKPEN.....	<i>imipramine hcl.....</i>
ng (Pituitary).....	186	HUMULIN R.....	<i>imiquimod.....</i>
HORMONAL AGENTS,		<i>hydralazine hcl.....</i>	IMKELDI.....
STIMULANT/REPLACEMENT/		<i>hydrochlorothiazide.....</i>	Immunoglobulins.....
MODIFYING (SEX		<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	IMMUNOLOGICAL
HORMONES/MODIFIERS)...	188	<i>10-325mg.....</i>	AGENTS.....
		<i>hydrocodone-acetaminophen 5-</i>	Immunological Agents.....
		<i>325mg.....</i>	Immunological Agents,
			Other.....

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

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

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

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

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

<i>pilocarpine hcl</i>	156,231,235	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	185	<i>propranolol hcl er</i>	137
<i>pimecrolimus</i>	160	<i>prednisone</i>	185	<i>propylthiouracil</i>	209
<i>pimozide</i>	96	PREDNISON INTENSOL.....	186	PROQUAD.....	225
PIMTREA.....	199	<i>pregabalin</i>	47	PROSOL.....	171
<i>pindolol</i>	137	<i>pregabalin er</i>	154	Protectants.....	177
<i>pioglitazone hcl</i>	118	PREMARIN.....	191	Proton Pump Inhibitors.....	177
<i>piperacillin-tazobactam</i>	38	PREMASOL.....	171	<i>protriptyline hcl</i>	59
PIQRAY.....	84	PREMPHASE.....	199	PRURADIK.....	163
<i>pirfenidone</i>	243,244	PREMPRO.....	199	Pulmonary	
<i>piroxicam</i>	24	<i>prenatal vitamin with minerals</i>		Antihypertensives.....	242
PLASMA-LYTE A.....	165	<i>and folic acid greater than 0.8</i>		Pulmonary Fibrosis Agents.....	243
PLASMA-LYTE A PH 7.4.....	165	<i>mg oral tablet</i>	171	PULMOZYME.....	240
Platelet Modifying Agents.....	130	PRENOVA.....	171	PYQUVI.....	186
PLENAMINE.....	180	<i>pretomanid</i>	68	<i>pyrazinamide</i>	68
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	57	PREVALITE.....	147	<i>pyridostigmine bromide</i>	67
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	57	PREVYMIS.....	109	<i>pyridostigmine bromide er</i>	67
<i>podofilox</i>	162	PREZCOBIX.....	108	<i>pyrimethamine</i>	92
<i>polymyxin b sul-</i>		PREZISTA.....	108	PYRUKYND.....	180
<i>trimethoprim</i>	232	PRIFTIN.....	68	PYRUKYND 20 MG	
<i>polymyxin b sulfate</i>	32	<i>primaquine</i>	92	TABLET.....	180
POMALYST.....	70	<i>primidone</i>	47	PYRUKYND 5 MG TABLET.....	180
PONVORY.....	155	PRIORIX.....	225	PYRUKYND 50 MG	
PORTIA.....	199	<i>probenecid</i>	65	TABLET.....	180
<i>posaconazole</i>	63	<i>probenecid-colchicine</i>	65		
Potassium Binders.....	172	<i>prochlorperazine</i>	60	Q	
<i>potassium chloride</i>	165	<i>prochlorperazine maleate</i>	60	QBREXZA.....	162
<i>potassium chloride proamp</i>	166	PROCRIT.....	129	QINLOCK.....	84
<i>potassium chloride-0.45%</i>		PROCTO-MED HC.....	160	QUADRACEL DTAP-IPV.....	225
<i>nacl</i>	166	PROCTOSOL-HC.....	160	<i>quetiapine fumarate</i>	101
<i>potassium chloride-0.9%</i>		PROCTOZONE-HC.....	160	<i>quetiapine fumarate er</i>	101
<i>nacl</i>	166	<i>progesterone</i>	204	<i>quinapril hcl</i>	134
<i>potassium chloride-water</i>	166	Progestins.....	202	<i>quinidine gluconate</i>	135
<i>potassium citrate er</i>	166	PROGRAF.....	221	<i>quinidine sulfate</i>	135
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	93	PROLASTIN C.....	180	<i>quinine sulfate</i>	92
<i>prasugrel hcl</i>	131	PROLIA.....	229	Quinolones.....	40
<i>pravastatin sodium</i>	146	<i>promethazine hcl</i>	60	QVAR REDHALER.....	237
<i>praziquantel</i>	91	PROMETHEGAN.....	60		
<i>prazosin hcl</i>	132	<i>propafenone hcl</i>	135	R	
PRED MILD.....	234	<i>propafenone hcl er</i>	135	RABAVERT VACCINE.....	225
<i>prednisolone</i>	185	<i>propranolol hcl</i>	137	<i>rabeprazole sodium</i>	177
<i>prednisolone acetate</i>	234			RADICAVA ORS.....	150

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

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

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

U

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

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

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

Z

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

CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스

방법	고객 서비스부 – 연락처 정보
전화	1-877-412-2734 통화는 무료입니다. CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화하십시오. CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스는 또한 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 통화는 무료입니다. 고객 서비스로 (10 월 1 일~3 월 31 일에는) 주 7 일 오전 8 시~오후 8 시, (4 월 1 일~9 월 30 일에는) 월~금요일 오전 8 시~오후 8 시사이 전화하십시오.
팩스	1-714-246-8711
서면	CalOptima Health OneCare Complete Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
이메일	OneCarecustomerservice@caloptima.org
웹사이트	www.caloptima.org/OneCare