

Medicare Medi-Cal Plan ،OneCare (HMO D-SNP)

دستورنامه 2023 (فهرست داروهای تحت پوشش)

لطفاً بخوانید: این سند حاوی اطلاعاتی
در مورد داروهایی است که ما در این طرح پوشش می‌دهیم

این فهرست در تاریخ 11/21/2023 به روز شد. پیغام مهم در مورد مبلغی که برای واکسن‌ها پرداخت می‌کنید - برنامه درمانی ما هزینه بیشتر واکسن‌های بخش D را بدون هیچگونه هزینه‌ای پرداخت می‌کند. برای کسب اطلاعات بیشتر با بخش خدمات اعضا تماس بگیرید. برای اطلاعات جدیدتر یا سایر سوالات، لطفاً با خدمات مشتریان OneCare (HMO D-SNP) به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

| Medicare Medi-Cal Plan ،OneCare (HMO D-SNP) فهرست داروهای تحت پوشش 2023 (دستورنامه)

مقدمه

این سند فهرست داروهای تحت پوشش نامیده می‌شود (همچنین به عنوان فهرست دارو شناخته می‌شود). در این سند به شما گفته می‌شود که کدام داروهای تجویزی و محصولات غیر دارویی تحت پوشش OneCare (HMO D-SNP) هستند. فهرست دارو همچنین به شما می‌گوید که آیا قوانین یا محدودیت خاصی در مورد داروهای تحت پوشش OneCare وجود دارد یا خیر.

اطلاعات تماس ما، همراه با تاریخی که آخرین بار فهرست دارو را به روز کردیم، پشت و روی جلد درج شده است. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

- A. سلب مسئولیت 4
- B. پرسش‌های متداول (FAQ) 7
- B1. چه داروهایی در فهرست داروهای تحت پوشش قرار دارند؟ (ما فهرست داروهای تحت پوشش را به اختصار «فهرست دارو» می‌نامیم). 7
- B2. آیا لیست دارو هرگز تغییر می‌کند؟ 7
- B3. هنگامی که تغییری در فهرست دارو ایجاد می‌شود چه اتفاقی می‌افتد؟ 8
- B4. آیا محدودیتی برای پوشش دارو یا اقدامات لازم برای دریافت داروهای خاص وجود دارد؟ 9
- B5. چگونه می‌توانم بفهمم که داروی مورد درخواست من محدودیت‌هایی دارد یا اقدامات لازم برای دریافت آن وجود دارد؟ 10
- B6. چه اتفاقی می‌افتد اگر OneCare قوانین خود را در مورد نحوه پوشش برخی داروها (مثلاً اجازه قبلی، محدودیت‌های مقدار و/یا محدودیت‌های مرحله‌درمانی) تغییر دهد؟ 10
- B7. چگونه می‌توانم دارویی را در فهرست دارو پیدا کنم؟ 10
- B8. اگر دارویی که می‌خواهم مصرف کنم در فهرست دارو نباشد چطور؟ 10
- B9. اگر من عضو جدید OneCare باشم و نتوانم داروی خود را در فهرست دارویی پیدا کنم یا در دریافت داروی خود مشکل داشته باشم، چطور؟ 11
- B10. آیا می‌توانم برای پوشش داروی خود، درخواست استثنای کنم؟ 12
- B11. چگونه می‌توانم برای استثنای درخواست بدهم؟ 12
- B12. چه مدت طول می‌کشد که استثنای اعمال شود؟ 12
- B13. داروهای ژنریک کدامند؟ 12



اگر سؤالی دارید، لطفاً با OneCare با شماره 1-877-412-2734 و TTY 711، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

- B14. داروهای OTC چیست؟..... 12
- B15. آیا OneCare محصولات OTC غیر دارویی را پوشش می‌دهد؟..... 13
- B16. آیا OneCare برای طولانی مدت نسخه را پوشش می‌دهد؟..... 13
- B17. آیا می‌توانم بخواهم که نسخه‌ها از داروخانه محلی به درب منزل ارسال شود؟..... 13
- B18. پرداخت مشترک من چیست؟..... 13
- C. مروری بر فهرست داروهای تحت پوشش..... 14
- C1. فهرست داروها بر اساس مشکل پزشکی..... 15
- D. فهرست داروهای تحت پوشش..... I-1



A. سلب مسئولیت

این فهرستی از داروهایی است که اعضا می‌توانند در OneCare دریافت کنند.

OneCare (HMO D-SNP) یک سازمان Medicare Advantage با قرارداد Medicare است. ثبت نام در OneCare به تمدید قرارداد بستگی دارد. OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی می‌کند و بر اساس نژاد، رنگ، ملیت، سن، ناتوانی یا جنسیت تبعیض قائل نمی‌شود. با خدمات مشتری OneCare به صورت رایگان با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

English Tagline

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.

بالعربية الشعار (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (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 կյութեր: Չանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

ហ្គាសម្ពាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-877-412-2734 (TTY 711)** ។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

简体中文标语 (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)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如文盲和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-877-412-2734 (TTY 711)**。这些服务都是免费的。

فارسی زبان به مطلب (Farsi)

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



اگر سوالی دارید، لطفاً با OneCare با شماره **1-877-412-2734** و **TTY 711**، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

हिंदी टैगलाइनी (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (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.

日本語表記 (Japanese)

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

한국어 태그라인 (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.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734 (TTY 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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



Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия 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** (телетайп 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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 serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (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

Примітка українською (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.

Khẩu hiệu 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.

❖ همیشه می‌توانید فهرست به‌روز داروهای تحت پوشش OneCare را به‌صورت آنلاین در www.caloptima.org/onecare یا با تماس با شماره 1-877-412-2734 بررسی کنید.

❖ می‌توانید درخواست دهید که این سند را به صورت رایگان در قالب‌های دیگر دریافت کنید، مانند چاپ درشت، خط بریل یا فایل‌های صوتی. 1-877-412-2734 و TTY 711، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.



اگر سوالی دارید، لطفاً با OneCare با شماره 1-877-412-2734 و TTY 711، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

❖ همچنین می‌توانید برای دریافت مطالب به زبان‌های ترجیحی و/یا قالب جایگزین یک درخواست دائمی ارائه دهید:

- زبان‌های ترجیحی اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره‌ای، چینی و عربی در دسترس هستند.
- چاپ درشت، خط بریل و فایل صوتی به عنوان قالب‌های جایگزین موجود هستند.
- درخواست دائمی شما در سیستم ما برای همه بسته‌های پستی و ارتباطات در آینده اعمال خواهد شد.
- برای لغو یا تغییر درخواست دائمی خود، لطفاً با بخش خدمات مشتری به شماره **1-877-412-2734**، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY می‌توانند با **711** تماس بگیرند. این تماس رایگان است.

B. پرسش‌های متداول (FAQ)

در اینجا می‌توانید پاسخ سوالاتی را که در مورد این فهرست داروهای تحت پوشش دارید، پیدا کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر می‌توانید تمام پرسش‌های متداول (FAQ, Frequently Asked Questions) را بخوانید یا به دنبال پرسش و پاسخ باشید.

B1. چه داروهایی در فهرست داروهای تحت پوشش قرار دارند؟ (ما فهرست داروهای تحت پوشش را به اختصار «فهرست دارو» می‌نامیم.)

داروهای موجود در فهرست داروهای تحت پوشش که از صفحه 17 شروع می‌شود، داروهای تحت پوشش OneCare هستند. این داروها در داروخانه‌هایی که جزو شبکه ما هستند، در دسترس می‌باشد. اگر ما با داروخانه‌ای قرارداد داشته باشیم تا با ما همکاری کنند و به شما خدمات بدهند، این داروخانه جزو شبکه ما محسوب می‌شود. ما از این داروخانه‌ها به عنوان «داروخانه‌های شبکه» یاد می‌کنیم. داروهای تجویزی موجود در این فهرست داروهای تحت پوشش، تحت پوشش OneCare هستند. سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (over-the-counter, OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار بگیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (Beneficiary Identification Card, BIC) خود را همراه داشته باشید.

• OneCare تمام داروهای ضروری پزشکی موجود در فهرست دارو را تحت پوشش قرار می‌دهد اگر:

- پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها معتقدند که شما برای بهبود یا سالم ماندن به آنها نیاز دارید،
- OneCare موافقت می‌کند که دارو از نظر پزشکی برای شما ضروری است، و
- شما ارقام نسخه را از یک داروخانه شبکه OneCare تهیه می‌کنید.

• در برخی موارد، قبل از دریافت دارو باید کاری انجام دهید. برای اطلاعات بیشتر به سوال B4 مراجعه کنید.

همچنین می‌توانید فهرستی به‌روز از داروهایی را که ما پوشش می‌دهیم در وبسایت‌مان به نشانی www.caloptima.org/onecare بیابید یا با خدمات مشتری به شماره‌های 1-877-412-2734 و 711 TTY تماس بگیرید.

B2. آیا لیست دارو هرگز تغییر می‌کند؟

بله. همچنین OneCare هنگام ایجاد تغییرات باید از قوانین Medicare و Medi-Cal پیروی کند. ممکن است در طول سال داروهایی را به فهرست داروها اضافه یا از آن حذف کنیم.

ما همچنین ممکن است قوانین خود را در مورد داروهای تخریری تغییر دهیم. به عنوان مثال، ما می‌توانیم:

- تصمیم بگیریم که برای یک دارو به اجازه قبلی نیاز است یا خیر. (اجازه قبلی، مجوز OneCare قبل از دریافت دارو است.)



اگر سؤالی دارید، لطفاً با OneCare با شماره 1-877-412-2734 و 711 TTY، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

- مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید بیشتر کنیم یا تغییر دهیم (به نام مقدار دارو).
- محدودیت‌های مرحله‌مردمانی را روی یک دارو اضافه کنیم یا تغییر دهیم. (مرحله‌مردمانی به این معنی است که قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم، باید یک دارو را امتحان کنید).
- برای اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی، به سوال B4 مراجعه کنید.
- اگر دارویی مصرف می‌کنید که در ابتدای سال تحت پوشش بوده است، ما معمولاً پوشش آن دارو را در بقیه سال حذف نمی‌کنیم یا تغییر نمی‌دهیم، مگر اینکه:
- یک داروی جدید و ارزان‌تر به بازار بیاید که هم‌اکنون به اندازه داروی موجود در فهرست داروها کارایی دارد، یا
- ما مطلع شویم که یک دارو بی خطر نیست، یا
- یک دارو از بازار حذف شود.
- سوالات B3 و B6 در زیر، اطلاعات بیشتری در مورد اینکه با تغییر فهرست دارو چه اتفاقی می‌افتد، ارائه می‌دهند.
- همیشه می‌توانید فهرست دارویی به‌روز OneCare را به‌صورت آنلاین در www.caloptima.org/onecare بررسی کنید.
- همچنین می‌توانید برای بررسی لیست دارویی فعلی با شماره تلفن 1-877-412-2734 و TTY 711 با خدمات مشتری تماس بگیرید.

B3. هنگامی که تغییری در فهرست دارو ایجاد می‌شود چه اتفاقی می‌افتد؟

برخی تغییرات در فهرست دارو فوراً اعمال می‌شود. برای مثال:

- یک داروی ژنریک جدید در دسترس قرار می‌گیرد. گاهی اوقات، یک داروی ژنریک جدید به بازار عرضه می‌شود که به همان خوبی داروی با نام تجاری که در حال حاضر در فهرست دارویی هست عمل می‌کند. در این صورت، ممکن است داروی با نام تجاری را حذف کرده و داروی ژنریک جدید را اضافه کنیم، ولی هزینه شما برای داروی جدید همان \$0 باقی خواهد ماند. هنگامیکه داروی ژنریک جدید را اضافه کردیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی با نام تجاری را در فهرست نگه داریم، ولی مقررات و محدودیت‌های پوشش آنرا تغییر دهیم.
 - ممکن است قبل از انجام این تغییر شما را مطلع نسازیم. اما به محض اینکه تغییری ایجاد شود، اطلاعاتی را در مورد تغییر خاصی که انجام دادیم برای شما ارسال خواهیم کرد.
 - شما یا ارائه‌دهنده‌تان می‌توانید درخواست دهید که برای این تغییرات استثنا قائل شویم. ما یک اعلان همراه با مرحله‌ای که می‌توانید برای درخواست استثنا انجام دهید، برای شما ارسال می‌کنیم. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناها به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.
- یک دارو از بازار خارج می‌شود. اگر سازمان غذا و دارو (Food and Drug Administration, FDA) اعلام کند که داروی مصرفی شما ایمن نیست یا سازنده، دارو را از بازار خارج کند، ما آن را از فهرست دارو حذف می‌کنیم. اگر این دارو را مصرف می‌کنید، به شما اطلاع خواهیم داد. ما همچنین به پزشک یا تجویزکننده شما در مورد این تغییر اطلاع خواهیم داد.
 - برای یافتن داروی دیگری برای بیماری خود، می‌توانید با پزشک یا تجویزکننده خود مشورت کنید. اگر برای یافتن داروی دیگری به کمک نیاز دارید، لطفاً با پزشک یا تجویزکننده خود تماس بگیرید.



اگر سؤالی دارید، لطفاً با OneCare با شماره 1-877-412-2734 و TTY 711، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

○ همچنین می‌توانید برای دریافت راهنمایی با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) با خدمات مشتری تماس بگیرید.

ممکن است ما تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد. ما از قبل، در مورد این تغییرات در فهرست دارو به شما اطلاع خواهیم داد. بخش نمایه، از تمام داروهای موجود در این سند فهرستی بر اساس حروف الفبا ارائه می‌کند.

● FDA دستورات جدیدی ارائه می‌دهد یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی در مورد یک دارو اعلام می‌شود.

● یک داروی ژنریک که جدید نیست به بازار اضافه می‌کنیم و

○ یک دارو با نام تجاری که در حال حاضر در فهرست دارو قرار دارد را جایگزین می‌کنیم یا

○ قوانین پوشش یا محدودیت‌های نام تجاری دارو را تغییر می‌دهیم.

زمانی که این تغییرات اتفاق افتاد، ما:

● حداقل 30 روز قبل از اینکه تغییری در فهرست دارو اعمال کنیم، به شما اطلاع خواهیم داد

● به شما اطلاع خواهیم داد و پس از اینکه برای دریافت مجدد دارو درخواست بدهید، به شما برای 30 روز دارو می‌دهیم.

این به شما زمان می‌دهد تا با پزشک یا تجویزکننده خود صحبت کنید. آنها می‌توانند به شما در تصمیم‌گیری کمک کنند:

● اگر داروی مشابهی در فهرست دارو وجود دارد، می‌توانید آن را مصرف کنید یا

● بخواهید که برای این تغییرات استثنای قائل شویم. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثناءها، به سؤالات B12-B10 مراجعه کنید.

B4. آیا محدودیتی برای پوشش دارو یا اقدامات لازم برای دریافت داروهای خاص وجود دارد؟

بله، برخی از داروها قوانین پوشش یا محدودیت‌هایی در میزان دریافت دارند. در برخی موارد شما، پزشکتان یا تجویزکننده‌تان باید قبل از دریافت دارو کاری انجام دهید. برای مثال:

● **اجازه قبلی:** برای برخی از داروها، شما یا پزشک یا تجویزکننده‌تان باید قبل از دریافت اقلام نسخه، از OneCare مجوز دریافت کنید. اجازه قبلی با ارجاع متفاوت است. اگر اجازه قبلی دریافت نکنید، OneCare ممکن است دارو را پوشش ندهد.

● **محدودیت‌های مقدار:** گاهی اوقات OneCare مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید محدود می‌کند.

● **مرحله درمانی:** گاهی اوقات OneCare شما را ملزم به انجام مرحله‌درمانی می‌کند. این بدان معنی است که شما باید داروها را به ترتیب خاصی برای وضعیت پزشکی خود امتحان کنید. ممکن است مجبور شوید یک دارو را، قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم، امتحان کنید. اگر پزشکتان معتقد است که داروی اول برای شما مؤثر نیست، ما داروی دوم را پوشش خواهیم داد.

با نگاه کردن به جداول در صفحه 15 می‌توانید متوجه شوید که آیا داروی شما مشمول شرایط یا محدودیت‌های اضافی می‌شود یا خیر. همچنین می‌توانید با مراجعه به وبسایت ما به آدرس www.caloptima.org/onecare اطلاعات بیشتری کسب کنید. ما اسناد آنلاین را ارسال کرده‌ایم که درباره اجازه قبلی و محدودیت‌های مرحله‌درمانی توضیح می‌دهد. همچنین می‌توانید از ما بخواهید که یک کپی برای شما ارسال کنیم.



اگر سؤالی دارید، لطفاً با OneCare با شماره 1-877-412-2734 و TTY 711، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

می‌توانید درخواست بدهید که در خصوص این محدودیت‌ها برای شما استثنا قائل شویم. این به شما زمان می‌دهد تا با پزشک یا تجویزکننده خود صحبت کنید. آنها می‌توانند به شما کمک کنند تا تصمیم بگیرید که آیا داروی مشابهی در فهرست دارویی وجود دارد که بتوانید به جای درخواست استثنا از آن استفاده کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناها به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.

B5. چگونه می‌توانم بفهمم که داروی مورد درخواست من محدودیت‌هایی دارد یا اقدامات لازم برای دریافت آن وجود دارد؟

جدول موجود در فهرست داروها بر اساس شرایط پزشکی در صفحه 17 دارای ستونی با عنوان «اقدامات یا محدودیت‌های لازم برای استفاده» است.

B6. چه اتفاقی می‌افتد اگر OneCare قوانین خود را در مورد نحوه پوشش برخی داروها (مثلاً اجازه قبلی، محدودیت‌های مقدار و/یا محدودیت‌های مرحله‌درمانی) تغییر دهد؟

در برخی موارد، اگر اجازه قبلی، محدودیت‌های مقدار و/یا محدودیت‌های مرحله‌درمانی برای دارو قائل شویم یا آنها را تغییر دهیم، از قبل به شما اطلاع خواهیم داد. برای اطلاعات بیشتر در مورد این اعلان قبلی و شرایطی که ممکن است نتوانیم از قبل، زمانی که قوانین ما در مورد داروهای موجود در فهرست دارو تغییر می‌کند به شما اطلاع دهیم، به سؤال B3 مراجعه کنید.

B7. چگونه می‌توانم دارویی را در فهرست دارو پیدا کنم؟

دو راه برای یافتن دارو وجود دارد:

- می‌توانید بر اساس حروف الفبا جستجو کنید، یا
- شما می‌توانید بر اساس مشکل پزشکی جستجو کنید.

برای جستجو بر اساس حروف الفبا، داروی خود را در بخش نمایه فهرست داروهای تحت پوشش جستجو کنید. می‌توانید شروع آن را در صفحه 1-1 پیدا کنید. بخش نمایه، از تمام داروهای موجود در این سند فهرستی بر اساس حروف الفبا ارائه می‌کند. هم داروهای با نام تجاری و هم داروهای ژنریک در نمایه فهرست شده‌اند. در نمایه جستجو کنید و داروی خود را پیدا کنید. در کنار داروی خود، شماره صفحه‌ای را می‌بینید که می‌توانید اطلاعات پوشش را در آن بیابید. به صفحه اشاره شده در نمایه مراجعه کنید و نام داروی خود را در ستون اول لیست پیدا کنید.

برای جستجو بر اساس مشکل پزشکی، بخشی با عنوان «فهرست داروها بر اساس مشکل پزشکی» را در صفحه 15 پیدا کنید. داروهای موجود در این بخش، بسته به نوع مشکل پزشکی که دارو برای درمان آن استفاده می‌شود، در دسته‌های مختلف طبقه‌بندی می‌شوند. به عنوان مثال، اگر بیماری قلبی دارید، باید در دسته قلبی عروقی جستجو کنید. در اینجا شما داروهایی را خواهید یافت که برای بیماری‌های قلبی تجویز می‌شوند.

B8. اگر دارویی که می‌خواهم مصرف کنم در فهرست دارو نباشد چطور؟

اگر داروی خود را در فهرست دارو پیدا نکردید، با خدمات مشتری به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید و در مورد آن سؤال کنید. اگر متوجه شدید که OneCare دارو را پوشش نمی‌دهد، می‌توانید یکی از این کارها را انجام دهید:

- از خدمات مشتری، فهرستی از داروها را بخواهید که حاوی مشابه داروی مورد نظرتان باشد. سپس فهرست را به پزشک یا تجویزکننده خود نشان دهید. آنها می‌توانند از فهرست دارو، دارویی را تجویز کنند که مشابه داروی مورد نظرتان باشد. یا
- می‌توانید از OneCare بخواهید که برای پوشش داروی شما استثنا قائل شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناها به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.



اگر سؤالی دارید، لطفاً با OneCare با شماره 1-877-412-2734 و TTY 711، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

B9. اگر من عضو جدید OneCare باشم و نتوانم داروی خود را در فهرست دارویی پیدا کنم یا در دریافت داروی خود مشکل داشته باشم، چطور؟

ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. ما می‌توانیم در 90 روز اولی که عضو OneCare هستید، یک ذخیره موقت 30 روزه از داروی شما را پوشش دهیم. این به شما زمان می‌دهد تا با پزشک یا تجویزکننده خود صحبت کنید. آنها می‌توانند به شما کمک کنند تصمیم بگیرید که آیا داروی مشابهی در فهرست دارویی وجود دارد که بتوانید به جای آن مصرف کنید یا اینکه باید برای استثنا قائل شدن درخواست بدهید. اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین شارژ مجدد از دارو برای حداکثر 30 روز به شما تحویل خواهیم داد. ما عرضه 30 روز داروی شما را پوشش خواهیم داد اگر:

- شما در حال مصرف دارویی هستید که در فهرست دارویی ما نیست، یا
 - قوانین طرح ما به شما اجازه نمی‌دهد که مقدار داروی تجویزی را دریافت کنید، یا
 - دارو نیاز به اجازه قبلی توسط OneCare دارد، یا
 - شما در حال مصرف دارویی هستید که بخشی از محدودیت مرحله‌درمانی است
- اگر دارویی را مصرف می‌کنید که OneCare به عنوان داروی بخش D در نظر نمی‌گیرد، شما حق دارید که یک ذخیره دارویی Medi-Cal Rx را برای حداقل 72 ساعت دریافت نمایید. برای کسب اطلاعات بیشتر، لطفاً از تارنمای Medi-Cal Rx (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) بازدید نمایید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) را در هنگام دریافت داروهای نسخه دار از طریق Medi-Cal Rx به همراه بیاورید.

اگر در خانه سالمندان یا سایر مراکز مراقبت طولانی مدت هستید و به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارو نیست یا نمی‌توانید به راحتی داروی مورد نیاز خود را تهیه کنید، ما می‌توانیم به شما کمک کنیم. اگر بیش از 90 روز در طرح بوده اید، در یک مرکز مراقبت طولانی مدت زندگی می‌کنید و فوراً به یک دارو نیاز دارید:

- ما یک ذخیره 31 روزه داروی مورد نیاز شما را پوشش خواهیم داد (مگر اینکه برای روزهای کمتری نسخه داشته باشید)، خواه عضو جدید OneCare باشید یا خیر.
- این علاوه بر عرضه موقت در 90 روز اولی است که شما عضو OneCare هستید.

اگر عضو کنونی هستید که از یک محیط درمانی به محل دیگر منتقل می‌شوید، به آن «سطح تغییر مراقبت» می‌گویند. مثلاً:

- ورود به یک مرکز مراقبت طولانی مدت از یک بیمارستان مراقبت‌های حاد
- ترخیص از بیمارستان به منزل
- اتمام اقامت در مراقبت تخصصی بخش A و بازگشت به پوشش بخش D
- انصراف از وضعیت آسایشگاه برای بازگشت به مزایای استاندارد بخش A و بخش B
- پایان دادن به اقامت طولانی مدت در مرکز مراقبت و بازگشت به جامعه
- ترخیص از بیمارستان روانی.



چنانچه سطح تغییر مراقبت دارید، برای هر یک از داروهایتان که در فهرست دارویی ما نیست، یا چنانچه توانایی شما برای دریافت داروهایتان محدود است، وقتی به داروخانه شبکه مراجعه کنید، یک ذخیره موقت 30 روزه را پوشش خواهیم داد. پس از اولین عرضه 30 روزه شما، ما هزینه این داروها را پرداخت خواهیم کرد. در این موارد، شما دو گزینه دارید:

- از خدمات مشتری، فهرستی از داروها را بخواهید که حاوی مشابه داروی مورد نظران باشد. سپس فهرست را به پزشک یا تجویزکننده خود نشان دهید. آنها می‌توانند دارویی را از فهرست دارو تجویز کنند که مشابه داروی مصرفی شما است، یا
- شما می‌توانید از OneCare بخواهید که برای پوشش داروی شما استثنا قائل شود. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد استثنایها، به سوال B10 مراجعه کنید

B10. آیا می‌توانم برای پوشش داروی خود، درخواست استثنا کنم؟

بله. شما می‌توانید از OneCare بخواهید که برای پوشش دارویی که در فهرست دارو نیست استثنا قائل شود.

همچنین می‌توانید از ما بخواهید که قوانین داروی شما را تغییر دهیم.

- برای مثال، OneCare ممکن است مقدار دارویی را که ما پوشش خواهیم داد، محدود کند. اگر داروی شما محدودیتی دارد، می‌توانید از ما بخواهید که حد آن را تغییر دهیم تا داروی بیشتری مورد پوشش قرار بگیرد.
- مثال‌های دیگر: می‌توانید از ما بخواهید محدودیت‌های مرحله‌درمانی یا الزامات اجازه قبلی را کنار بگذاریم.

B11. چگونه می‌توانم برای استثنا درخواست بدهم؟

برای درخواست استثنا، با خدمات مشتری تماس بگیرید. خدمات مشتری با شما و ارائه‌دهندگان جهت درخواست استثنا همکاری خواهد کرد. همچنین می‌توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثنایها، فصل 9 کتاب راهنمای اعضا را بخوانید.

B12. چه مدت طول می‌کشد که استثنا اعمال شود؟

پس از دریافت بیانیه‌ای از تجویزکننده شما مبنی بر حمایت از درخواست شما برای استثنا، در عرض 72 ساعت نتیجه تصمیم‌گیری را به شما اعلام خواهیم کرد. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه یک بیانیه پشتیبانی، با خدمات مشتری به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید.

اگر شما یا تجویزکننده‌تان معتقد هستید که انتظار 72 ساعته برای نتیجه، ممکن است به سلامتی‌تان آسیب وارد کند، می‌توانید برای یک استثناء سریع درخواست بدهید. این تصمیم‌گیری سریع‌تر انجام می‌شود. اگر تجویزکننده شما از درخواست شما پشتیبانی کند، ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی تجویزکننده، نتیجه تصمیم را اعلام خواهیم کرد.

B13. داروهای ژنریک کدامند؟

داروهای ژنریک از همان ترکیبات فعال موجود در داروهای نام تجاری ساخته می‌شوند. آنها معمولاً قیمت کمتری نسبت به داروی نام تجاری دارند و معمولاً نام‌های شناخته‌شده‌ای ندارند. داروهای ژنریک توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) تایید شده‌اند.

OneCare هم داروهای نام تجاری و هم داروهای ژنریک را پوشش می‌دهد.

B14. داروهای OTC چیست؟

OTC مخفف "بدون نسخه" است. برخی از داروهای OTC هنگامیکه به عنوان داروهای نسخه دار توسط ارائه‌کننده شما نوشته شده باشند از طریق Medi-Cal Rx تحت پوشش می‌باشند. اطلاعات اضافی در مورد داروهای OTC تحت پوشش Medi-Cal Rx در تارنمای Medi-Cal Rx (<https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/cdl/>) موجود می‌باشد. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتریان



اگر سؤالی دارید، لطفاً با OneCare با شماره 1-877-412-2734 و TTY 711، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً کارت شناسایی ذینفع Medi-Cal (BIC) را در هنگام دریافت داروهای نسخه دار از طریق Medi-Cal Rx به همراه بیاورید.

می‌توانید برای اطلاع از داروهای OTC تحت پوشش، فهرست دارویی OneCare را مطالعه کنید.

B15. آیا OneCare محصولات OTC غیر دارویی را پوشش می‌دهد؟

OneCare برخی از محصولات OTC غیر دارویی را هنگامی که منحصیث نسخه توسط ارائه‌دهنده شما نوشته شده‌اند پوشش می‌دهد. نمونه‌هایی از محصولات OTC غیر دارویی شامل منابع مرتبط با تزریق انسولین است.

می‌توانید فهرست دارویی OneCare را بخوانید تا دریابید که چه محصولات OTC غیر دارویی تحت پوشش قرار می‌گیرند.

B16. آیا OneCare برای طولانی مدت نسخه را پوشش می‌دهد؟

- برنامه‌های 90 روزه خرده‌فروشی داروخانه برخی داروخانه‌ها ممکن است مصرف حداکثر 90 روزه داروهای نسخه‌ای تحت پوشش را تأمین کنند. عرضه 90 روزه همانند عرضه یک ماهه، شامل پرداخت مشترک است.

B17. آیا می‌توانم بخواهم که نسخه‌ها از داروخانه محلی به درب منزل ارسال شود؟

داروخانه محلی شما ممکن است بتواند نسخه را به درب منزلتان تحویل دهد. می‌توانید با داروخانه خود تماس بگیرید تا دریابید که آیا تحویل درب منزل ارائه می‌دهند یا خیر.

B18. پرداخت مشترک من چیست؟

اعضای OneCare برای داروهای نسخه‌ای و OTC و محصولات غیر دارویی تا زمانی که از قوانین طرح پیروی کنند، پرداخت‌های مشترک متفاوتی دارند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروهای OTC و محصولات غیر دارویی به سوالات B14 و B15 مراجعه کنید.

ردیف‌ها، گروه‌هایی از داروها در فهرست دارویی ما هستند.

پرداخت‌های مشترک بر اساس ردیف‌ها فهرست می‌شوند.

- داروهای ردیف 1 داروهای ژنریک هستند. پرداخت مشترک \$0 خواهد بود.
- داروهای ردیف 2 داروهایی با نام تجاری هستند. پرداخت مشترک بسته به سطح کمک اضافی شما \$0، \$4.30 یا \$10.35 خواهد بود. می‌توانید فصل 6 کتاب راهنمای اعضا را بخوانید تا درباره سهم خود از هزینه‌های دارویی بیشتر بدانید.

اگر سؤالی دارید، با خدمات مشتری به شماره 1-877-412-2734 و TTY 711 تماس بگیرید.



C. مروری بر فهرست داروهای تحت پوشش

فهرست داروهای تحت پوشش اطلاعاتی در مورد داروهای تحت پوشش OneCare به شما می‌دهد. اگر در یافتن داروی خود در فهرست مشکل دارید، به فهرست داروهای تحت پوشش که از صفحه 1-1 شروع می‌شود مراجعه کنید. این فهرست به ترتیب حروف الفبا همه داروهای تحت پوشش OneCare را لیست می‌کند.

توجه: ستاره (*) در کنار دارو به این معنی است که دارو جزء «داروی بخش D» نیست. این داروها قوانین متفاوتی برای تجدید نظر دارند.

- درخواست تجدیدنظر روشی رسمی برای درخواست از ما برای بررسی تصمیمی است که در مورد پوشش شما گرفته‌ایم تا اگر فکر می‌کنید اشتباه کرده‌ایم، آن را تغییر دهیم.
- برای مثال ممکن است اعلام کنیم که دارویی که شما می‌خواهید تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نیست یا دیگر تحت پوشش نیست.
- اگر شما یا پزشکتان با تصمیم ما مخالف هستید، می‌توانید درخواست تجدید نظر کنید. اگر سؤالی دارید، با خدمات مشتری به شماره 1-877-412-2734 و TTY 711 تماس بگیرید.
- همچنین می‌توانید فصل 9 کتاب راهنمای اعضا را بخوانید تا از نحوه تجدید نظر در مورد تصمیم مطلع شوید.



اگر سؤالی دارید، لطفاً با OneCare با شماره 1-877-412-2734 و TTY 711، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

C1. فهرست داروها بر اساس مشکل پزشکی

داروهای موجود در این بخش، بسته به نوع مشکل پزشکی که دارو برای درمان آن استفاده می‌شود، در دسته‌های مختلف طبقه‌بندی می‌شوند. به عنوان مثال، اگر بیماری قلبی دارید، باید در دسته قلبی عروقی جستجو کنید. در اینجا شما داروهایی را خواهید یافت که برای بیماری‌های قلبی تجویز می‌شوند.

در اینجا معانی کدهای مورد استفاده در ستون «اقدامات یا محدودیت‌های لازم برای استفاده» آمده است:

کد	معنا
PA	شما (یا پزشکتان) باید قبل از ارائه نسخه خود برای این تحویل دارو، اجازه قبلی از OneCare دریافت کنید. بدون تایید قبلی، OneCare ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
PA BvD	این دارو ممکن است واجد شرایط پرداخت تحت Medicare بخش B یا بخش D باشد. شما (یا پزشکتان) باید قبل از ارائه نسخه، اجازه قبلی از OneCare دریافت کنید تا مشخص شود که این دارو تحت پوشش بخش D Medicare است. بدون تایید قبلی، OneCare ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
PA-HRM	این دارو توسط مراکز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS) به طور بالقوه مضر شناخته شده است و بنابراین، یک داروی پرخطر برای ذینفعان Medicare 67 ساله یا بالاتر است. اعضای بالای 67 سال باید قبل از ارائه نسخه برای این دارو، اجازه قبلی از OneCare دریافت کنند. بدون تایید قبلی، OneCare ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
PA NSO	اگر عضو جدید هستید یا قبلاً این دارو را مصرف نکرده‌اید، قبل از اینکه نسخه خود را برای این دارو ارائه کنید، باید شما (یا پزشکتان) از OneCare اجازه قبلی دریافت کنید. بدون تایید قبلی، OneCare ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
QL	OneCare مقدار این دارو را که در هر نسخه یا در یک بازه زمانی خاص تحت پوشش قرار می‌گیرد، محدود می‌کند.
ST	قبل از اینکه OneCare این دارو را پوشش دهد، ابتدا باید دارو(های) دیگری را برای درمان بیماری خود امتحان کنید. این دارو فقط در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرد که دارو(های) دیگر برای شما کارساز نباشد.
LA	این نسخه ممکن است فقط در داروخانه‌های خاصی در دسترس باشد. برای اطلاعات بیشتر به فهرست داروخانه خود مراجعه کنید یا با خدمات مشتری به شماره 1-877-412-2734 و TTY 711، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.
EX	این داروی تجویزی معمولاً در طرح داروی نسخه‌ای Medicare پوشش داده نمی‌شود. مبلغی که هنگام ارائه نسخه برای این دارو می‌پردازید در کل هزینه‌های دارویی شما محاسبه نمی‌شود (به این معنا که مبلغی که می‌پردازید به شما کمک نمی‌کند تا برای پوشش شرایط فاجعه بار واجد شرایط شوید) علاوه بر این، چنانچه برای پرداخت نسخه‌های خود کمک بیشتری دریافت می‌کنید، برای پرداخت این دارو هیچ کمک اضافی دریافت نخواهید کرد.



اگر سؤالی دارید، لطفاً با OneCare با شماره 1-877-412-2734 و TTY 711، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

کد	معنا
CB	محدودیت سقف مزایا اعمال می‌شود.
GC	ما تحت وقفه پوشش، این داروی تجویزی را پوشش می‌دهیم. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد این پوشش به کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.
*	این دارو جزو بخش D نمی‌باشد یا یک دارو یا محصول بدون نسخه (OTC) است.

در ستون اول جدول، نام دارو ذکر شده است. داروهای ژنریک با حروف کج کوچک (مثلاً/موکسیسیلین)، داروهای نام تجاری با حروف بزرگ (مثلاً ELIQUIS) و داروهای OTC و محصولات غیردارویی با حروف کوچک (مثلاً سوزن قلم انسولین) فهرست شده‌اند. اطلاعات ستون «اقدامات یا محدودیت‌های لازم برای استفاده» به شما می‌گوید که آیا OneCare قوانینی برای پوشش داروی شما دارد یا خیر.



اگر سؤالی دارید، لطفاً با OneCare با شماره 1-877-412-2734 و TTY 711، 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر، به www.caloptima.org/onecare مراجعه کنید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
Analgesics		
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>celecoxib 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 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 (sod dr 25 mg tab, sod dr 50 mg tab, sod dr 75 mg tab, sod ec 25 mg tab, sod ec 50 mg tab, sod ec 75 mg tab, sodium 1% gel)</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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
<i>levorphanol tartrate (2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>methadone hcl (5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 100 mg tablet, sulf er 200 mg tablet, sulfate er 100 mg cap, sulfate er 120 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 15 mg tablet, sulf er 30 mg tablet, sulf er 60 mg tablet, sulfate er 10 mg cap, sulfate er 20 mg cap, sulfate er 30 mg cap, sulfate er 45 mg cap, sulfate er 50 mg cap, sulfate er 60 mg cap, sulfate er 75 mg cap, sulfate er 80 mg cap, sulfate er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone hcl er (er 10 mg tablet, er 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone hcl er (er 5 mg tablet, er 10 mg tab, er 15 mg tab, er 20 mg tab, er 30 mg tab, er 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
<i>oxymorphone hcl er 7.5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days)
<i>codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
ENDOCET (5-325 MG TABLET, 7.5-325 MG TABLET, 10-325 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate (cit 1,200 mcg, cit 1,600 mcg, citrate 200 mcg, citrate 400 mcg, citrate 600 mcg, citrate 800 mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meperidine hcl (25 mg/ml vial, 50 mg/5 ml solution, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>morphine sulfate (10 mg/5 ml cup, 10 mg/5 ml soln, 20 mg/5 ml soln, 100 mg/5 ml conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>morphine sulfate (ir 15 mg tab, ir 30 mg tab)</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<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)	
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5-325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophn 7.5-325)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
<i>oxymorphone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tramadol hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anesthetics		
Local Anesthetics		
<i>lidocaine 2% viscous soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<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-prilocaine cream</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Alcohol Deterrents/Anti-craving		
<i>acamprosate calc dr 333 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
<i>disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naltrexone 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine hcl (2 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone (buprenorphin-naloxon 8-2 mg sl, buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm, buprenorphine-nalox 2-0.5mg tb, buprenorphine-nalox 4-1mg film, buprenorphine-nalox 8-2 mg tab, buprenorphine-nalox 8-2mg film, buprenorphine-nalox 12-3mg flm, buprenorphn-naloxn 2-0.5 mg sl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
LUCEMYRA 0.18 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml carpject, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naloxone hcl 4 mg nasal spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
NARCAN 4 MG NASAL SPRAY	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL CARTRIDGE INHALER	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (504 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
<i>varenicline starting month box</i>	\$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)
<i>varenicline tartrate (apo-varenicline 0.5 mg tablet, apo-varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
Aminoglycosides		
<i>amikacin sulf 500 mg/2 ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (252 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment, 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>paramomycin 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>streptomycin sulf 1 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm vial, 1.2 gram/30 ml vial, 10 mg/ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
Antibacterials, Other		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	\$0 (Tier 1)	
AEMCOLO DR 194 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (12 per 3 days)
<i>aztreonam (1 gm vial, 2 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<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, 300 mg/2 ml addvan, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl, phos 1% pledget, 150 mg/ml addvan)</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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>colistimethate 150 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	
DALVANCE 500 MG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fosfomycin 3 gm sachet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>linezolid 600 mg/300 ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel, vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin (25 mg/5 ml susp, mcr 25 mg cap, mcr 50 mg cap, mcr 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin mono-mcr 100 mg</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b sulfate vial</i>	\$0 (Tier 1)	
SIVEXTRO (200 MG TABLET, 200 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (6 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
SOLOSEC 2 GM GRANULE PACKET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>tigecycline 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 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, 550 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Beta-lactam, Cephalosporins		
AVYCAZ 2.5 GRAM VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefadroxil (1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefdinir (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefixime (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefotetan (1 gm vial, 2 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefoxitin (1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	
TEFLARO (400 MG VIAL, 600 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ZERBAXA 1.5 GRAM VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg tab chew, 200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg tab chew, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin sodium (1 gm advantage vl, 1 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial, 125 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin-sulbactam (ampicillin-sulb 1.5 g add vial, ampicillin-sulb 3 gm add vial, ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl, ampicillin-sulbactam 3 gm vial, ampicillin-sulbactam 15 gm vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN C-R (1.2 MILLION UNIT, 900-300 SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS, 2,400,000 UNITS)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bulk vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin (1 50 ml inj, 2 50 ml inj)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g na 5 million unit</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g potassium (5 million, 20 million)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose (pen g 2 million unit/50 ml, pen g 3 million unit/50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>piperacillin-tazobactam (piperacil-tazo 2.25 gm add vl, piperacil-tazo 3.375 gm add vl, piperacil-tazo 4.5 gm add vial, piperacil-tazobact 2.25 gm vl, piperacil-tazobact 3.375 gm vl, piperacil-tazobact 4.5 gm vial, piperacil-tazobact 13.5 gm vl, piperacil-tazobact 40.5 gram)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
Carbapenems		
<i>ertapenem 1 gram vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>imipenem-cilastatin sodium (250 mg vl, 500 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Macrolides		
<i>azithromycin (1 gm pwd packet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 250 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 500 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
DIFICID 200 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (20 per 10 days)
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (136 per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Quinolones		
BAXDELA (300 MG VIAL, 450 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl (100 mg tab, 250 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>levofloxacin-d5w (500 mg/100 ml-d5w, 750 mg/150 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ofloxacin (300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Sulfonamides		
<i>sodium sulfacetamide 10% lot</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfadiazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
Tetracyclines		
<i>demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOXY 100 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<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)	
<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)	PA
VIBRAMYCIN 50 MG/5 ML SYRUP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
Anticonvulsants		
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50-100 MG PAK, 150-200 MG PK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
XCOPRI (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (250 MG DAILY PACK, 350 MG DAILY PACK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
XCOPRI (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (600 per 30 days), PA NSO
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
<i>divalproex sodium (dr 125 mg cap sprnk, sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX (100 MG/ML SOLN PACK, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
<i>felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FYCOMPA (8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (680 per 28 days)
FYCOMPA 2 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
FYCOMPA 4 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
FYCOMPA 6 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>lamotrigine tab start kit-blue</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-green</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-orang</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
SPRITAM (250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 750 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
SUBVENITE (25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KIT (BLUE)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KIT(GREEN)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
SUBVENITE TAB START KT(ORANGE)	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>valproic acid (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml cup, 500 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Modifying Agents		
<i>ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methsuximide 300 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents		
<i>clobazam (2.5 mg/ml suspension, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clonazepam (0.125 mg dis tab, 0.125 mg odt, 0.25 mg odt, 0.5 mg dis tablet, 0.5 mg odt, 1 mg dis tablet, 1 mg odt, 2 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam (2.5 mg rectal gel sys, 10 mg rectal gel syst, 20 mg rectal gel syst)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>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-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
VALTOCO (5 MG NASAL SPRAY, 10 MG NASAL SPRAY, 15 MG NASAL SPRAY, 20 MG NASAL SPRAY)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg powder packt</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
VIGADRONE 500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (1100 per 30 days), PA NSO
Sodium Channel Agents		
APTIOM (200 MG TABLET, 400 MG TABLET, 600 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
APTIOM 800 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
DILANTIN (30 MG CAPSULE, 50 MG INFATAB, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN 125 MG/5 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	
EPITOL 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5 ml cup, 100 mg/10 ml cup, 150 mg/15 ml cup, 200 mg/20 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lacosamide (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>phenytoin sodium extended (ext 100 mg cap, ext 200 mg cap, ext 300 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (900 per 30 days), PA NSO
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidementia Agents		
Antidementia Agents, Other		
<i>ergoloid mesylates 1 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Cholinesterase Inhibitors		
ADLARITY (5 MG/DAY PATCH, 10MG/DAY PATCH)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (4 per 28 days)
<i>donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidementia Agents		
<i>donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine 4 mg/ml oral soln</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine er 24 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
<i>memantine hcl (5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl 2 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
<i>memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidementia Agents		
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
Antidepressants, Other		
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>bupropion xl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<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)	
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
MARPLAN 10 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tranylcypromine sulf 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>desvenlafaxine er (er 50 mg tab, er 50 mg tablet)</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>desvenlafaxine er 100 mg tab</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 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)
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine bes er 112.5 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab)</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>venlafaxine hcl er 225 mg tab</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (30 per 30 days)
VIIBRYD 10-20 MG STARTER PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<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)	
<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)	
<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)	
<i>imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<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)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (9.8 per 28 days)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg suppos, 12.5 mg tablet, 25 mg suppository, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiemetics		
PROMETHEGAN (25 MG, 50 MG)	\$0 (Tier 1)	
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide 300 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant (80 mg capsule, 125 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 30 days)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ondansetron hcl (4 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SYNDROS 5 MG/ML SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
Antifungals		
ABELCET 100 MG/20 ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
AMBISOME 50 MG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ciclopirox 0.77% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clotrimazole (1% solution, 1% topical cream, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
ERAXIS (WATER DILUENT) (DIL) 50 MG VIAL, (DIL) 100 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
<i>fluconazole 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-ns 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flucytosine (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule, 100 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>micafungin (50 mg vial, 100 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>miconazole 3 200 mg vag supp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naftifine hcl (1% cream, 2% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
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>oxiconazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
OXISTAT 1% LOTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>posaconazole (dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>voriconazole (40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet, 200 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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>probenecid 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>probenecid-colchicine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimigraine Agents		
Antimigraine Agents		
UBRELVY (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (16 per 30 days)
Ergot Alkaloids		
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
Prophylactic		
AIMOVIG AUTOINJECTOR (70 MG/ML, 140 MG/ML)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimigraine Agents		
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML PEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists		
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimigraine Agents		
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5 ml cart, 4 mg/0.5 ml inject, 6 mg/0.5 ml vial, 6 mg/0.5ml autoinj)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Antituberculars		
<i>ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PRIFTIN 150 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
SIRTURO (20 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
TRECTOR 250 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LEUKERAN 2 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
MATULANE 50 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERLEADA 60 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
NUBEQA 300 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI 80 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
YONSA 125 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	LA, PA NSO
POMALYST (1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
THALOMID (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
Antiestrogens/Modifiers		
EMCYT 140 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
SOLTAMOX (10 MG/5 ML SOLN, 20 MG/10 ML SOLN)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antimetabolites		
DROXIA (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE, 400 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
TABLOID 40 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
Antineoplastics		
AYVAKIT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
CALQUENCE 100 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
EXKIVITY 40 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
GLEOSTINE (10 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
JAYPIRCA 100 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 50 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
KRAZATI 200 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 120 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 320 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (21 per 7 days), PA NSO
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (28 per 7 days), PA NSO
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (35 per 7 days), PA NSO
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (14 per 21 days), PA NSO
SCEMBLIX 20 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 40 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
SYNRIBO 3.5 MG/ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
TAZVERIK 200 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
WELIREG 40 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
Antineoplastics, Other		
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (5 per 28 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 200 MG CO-PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (49 per 28 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 400 MG CO-PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (70 per 28 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 600 MG CO-PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (91 per 28 days), PA NSO
LONSURF (15 MG-6.14 MG TABLET, 20 MG-8.19 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (3 per 28 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TEPMETKO 225 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (8 per 28 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG, 60 MG)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (4 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (32 per 28 days), PA NSO
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>exemestane 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Molecular Target Inhibitors		
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ALECENSA 150 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG 30 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 3 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 4 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 5 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (400 MG TABLET, 500 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BOSULIF 100 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
CALQUENCE 100 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPRELSA 100 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
CAPRELSA 300 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG PACK, 100 MG PK, 140 MG PK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
COPIKTRA (15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
COTELLIC 20 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (63 per 21 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 25 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (21 per 21 days), PA NSO
GAVRETO 100 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IBRANCE (75 MG CAPSULE, 75 MG TABLET, 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (108 per 18 days), PA NSO
INLYTA 1 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
INLYTA 5 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
INREBIC 100 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
JAKAFI (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (63 per 28 days), PA NSO
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (4 MG CAPSULE, 8 MG DAILY DOSE, 10 MG DAILY DOSE, 20 MG DAILY DOSE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
LORBRENA 100 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
LORBRENA 25 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LYNPARZA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
MEKINIST (0.05 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
MEKTOVI 15 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
NERLYNX 40 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
ODOMZO 200 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OJJAARA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ORSERDU 345 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ORSERDU 86 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
<i>pazopanib hcl 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
QINLOCK 50 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 80 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (150 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RUBRACA (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
RYDAPT 25 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
<i>sorafenib 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SPRYCEL (20 MG TABLET, 50 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SPRYCEL 70 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
<i>sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
TAGRISSO (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.1 MG CAPSULE, 0.35 MG CAPSULE, 0.5 MG CAPSULE, 0.75 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
TASIGNA (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 150 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 50 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
TURALIO 125 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VANFLYTA (17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (28 per 14 days), PA NSO
VENCLEXTA 10 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 100 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 50 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
VERZENIO (50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VIJOICE (50 MG TABLET, 125 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
VIZIMPRO (15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VONJO 100 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VOTRIENT 200 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XOSPATA 40 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ZEJULA (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ZEJULA 100 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ZELBORAF 240 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ZYDELIG (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZYKADIA 150 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
Retinoids		
<i>bexarotene 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>bexarotene 75 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
PANRETIN 0.1% GEL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
MESNEX 400 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiprotozoals		
<i>atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparasitics		
<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)	PA
<i>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (24 per 3 days)
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
KRINTAFEL 150 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparkinson Agents		
Anticholinergics		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml soln, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiparkinson Agents, Other		
<i>amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
ONGENTYS (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Dopamine Agonists		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparkinson Agents		
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-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>pramipexole 0.75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparkinson Agents		
<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)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
<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)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
<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-\$10.35 (Tier 2)	QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
ABILIFY MYCITE 10 MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 15 MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
ABILIFY MYCITE 2 MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 20 MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 30 MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 5 MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<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-\$10.35 (Tier 2)	QL (3.9 per 28 days)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (1.6 per 28 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (3.2 per 28 days)
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 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-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
FANAPT TITRATION PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
INVEGA HAFYERA (1,092 MG/3.5 ML, 1,560 MG/5 ML)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
INVEGA SUSTENNA (39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML, 117 MG/0.75 ML, 156 MG/ML SYRG, 234 MG/1.5 ML)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
INVEGA TRINZA (273 MG/0.88 ML, 410 MG/1.32 ML, 546 MG/1.75 ML, 819 MG/2.63 ML)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<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-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PERSERIS (ER 90 MG POWDER SYRNG, ER 90 MG SYRINGE KIT, ER 120 MG SYRINGE KIT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (1 per 28 days), PA NSO
<i>quetiapine fumarate (fumarate 25 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 100 mg tab, 150 mg tablet, fumarate 200 mg tab, fumarate 300 mg tab, fumarate 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
RISPERDAL CONSTA (12.5 MG VIAL, 25 MG VIAL, 37.5 MG VIAL, 50 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
<i>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone 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-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
UZEDY (ER 150 MG/0.42 ML SYRINGE, ER 200 MG/0.56 ML SYRINGE, ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (1 per 56 days)
UZEDY (ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE, ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE, ER 100 MG/0.28 ML SYRINGE, ER 125 MG/0.35 ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
VRAYLAR (1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
VRAYLAR 1.5 MG-3 MG PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (7 per 7 days), PA NSO
<i>ziprasidone 20 mg/ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV (210 MG VIAL, 210 MG VL KIT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (2 per 28 days)
Treatment-Resistant		
<i>clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clozapine odt (odt 12.5 mg tablet, odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet, odt 150 mg tablet, odt 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antispasticity Agents		
Antispasticity Agents		
<i>baclofen (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tizanidine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TABLET, 50-200-25 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
DOVATO 50-300 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
GENVOYA TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET CHEW)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
ISENTRESS 400 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JULUCA 50-25 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
STRIBILD TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TIVICAY (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
COMPLERA TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
EDURANT 25 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>efavir-emtri-tenof 600-200-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>efavirenz (50 mg capsule, 200 mg capsule, 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>etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
INTELENCE 25 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
<i>nevirapine (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nevirapine er 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
PIFELTRO 100 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
CIMDUO 300-300 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
DESCOVY 200-25 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine 200 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167-250mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	\$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine-zidovudine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ODEFSEY TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
TRIZIVIR TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-HIV Agents, Other		
DESCOVY 120-15 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
FUZEON 90 MG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (1840 per 30 days)
SELZENTRY 25 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (240 per 30 days)
SELZENTRY 75 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (4 per 2 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (5 per 8 days)
TYBOST 150 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>lopinavir-ritonavir (lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml, lopinavir-ritonavir 100-25mg tb, lopinavir-ritonavir 200-50mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET, 600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (112 per 28 days)
PREVYMIS (240 MG TABLET, 480 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>valganciclovir 450 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days), PA NSO
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDGE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>lamivudine hbv 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>tenofovir disop fum 300 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIREAD POWDER	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (240 per 30 days)
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA (150-37.5 MG PELLETT PKT, 200-50 MG PELLETT PACK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
MAVYRET 100-40 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLETT PACKET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (140 per 28 days)
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
SOVALDI (150 MG PELLETT PACKET, 200 MG PELLETT PACKET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
ZEPATIER 50-100 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	QL (525 per 180 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)
Antiherpetic Agents		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antivirals		
PAXLOVID 150-100 MG DOSE PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 5 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anxiolytics		
Anxiolytics, Other		
<i>bupirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydroxyzine hcl (10 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml syrup, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anxiolytics		
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meprobamate (200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Benzodiazepines		
<i>alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/ml oral conc, 25 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anxiolytics		
<i>oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Bipolar Agents		
Mood Stabilizers		
<i>lithium 8 meq/5 ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1000 per 30 days)
<i>lithium 8 meq/5 ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1000 per 30 days)
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tb, er 450 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
<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)
BYDUREON BCISE 2 MG AUTOINJECT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (3.4 per 28 days)
BYETTA 10 MCG DOSE PEN INJ	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (2.4 per 30 days)
BYETTA 5 MCG DOSE PEN INJ	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (1.2 per 30 days)
<i>colesevelam hcl 3.75 g packet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA-HRM, QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA-HRM, QL (60 per 30 days)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
<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-HRM, QL (90 per 30 days)
<i>glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA-HRM, QL (120 per 30 days)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA-HRM, QL (240 per 30 days)
<i>glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	PA-HRM, 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-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
INVOKAMET XR (50-1,000 MG TAB, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TAB, 150-500 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
INVOKANA (100 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JANUMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JANUVIA (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl 850 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (2 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
<i>nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RYBELSUS (3 MG TABLET, 7 MG TABLET, 14 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
SOLIQUA 100 UNIT-33 MCG/ML PEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (18 per 30 days), PA NSO
SYMLINPEN 120 PEN INJECTOR	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SYMLINPEN 60 PEN INJECTOR	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
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-\$10.35 (Tier 2)	QL (2 per 28 days)
VICTOZA 2-PAK 18 MG/3 ML PEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (9 per 30 days)
VICTOZA 3-PAK 18 MG/3 ML PEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (9 per 30 days)
Glycemic Agents		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (4 per 28 days)
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON EMERGENCY KIT (1 MG EMERGENCY KIT, 1 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (4 per 28 days)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5MG/0.1 ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PK 1 MG/0.2 ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 2PK 0.5MG/0.1 ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE PFS 1-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE PFS 1PK 0.5MG/0.1 ML SYR	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE PFS 2-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE PFS 2PK 0.5MG/0.1 ML SYR	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SYRING	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 days)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6ML AUTOINJ	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 days)
Insulins		
BASAGLAR 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
HUMALOG (100 CARTRIDGE, 100 VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG 200 UNIT/ML KWIKPEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 50-50 VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
HUMULIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml crt</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart prot mix 70-30 (mix70-30 pn, mix70-30 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin degludec 100 unit/ml</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
<i>insulin degludec pen (u-100)</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
<i>insulin degludec pen (u-200)</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine 100 unit/ml</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
<i>insulin glargine solostar u100</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro jr 100 unit/ml</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro mix 75-25 kwkpn</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
LEVEMIR 100 UNIT/ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
LEVEMIR FLEXPEN 100 UNIT/ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH 100 UNIT/ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
LYUMJEV 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
LYUMJEV 100 UNIT/ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
LYUMJEV 200 UNIT/ML KWIKPEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 (70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (70-30, RELION 70-30)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN (N 100 UNIT/ML, RELION N U-100)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN (R 100 UNIT/ML, RELION R U-100)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG (100 VIAL, RELION 100 VL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
NOVOLOG FLEXPEN (100 UNIT/ML, RELION U-100)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN (70-30 FLEXPEN, RELION 70-30 FLXPN)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTR 300 UNIT/ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
TRESIBA 100 UNIT/ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
Anticoagulants		
<i>dabigatran etexilate (75 cap, 150 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium (2.5 mg/0.5 ml syr, 5 mg/0.4 ml syr, 7.5 mg/0.6 ml syr, 10 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
<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)	
PRADAXA 110 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, 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 (1 MG/ML SUSPENSION, 2.5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 30D)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
ZONTIVITY 2.08 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRINGE, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
EPOGEN (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 10,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNITS/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
GRANIX (300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
LEUKINE 250 MCG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
NEUPOGEN (300 MCG/0.5 ML SYR, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYR, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
OXBRYTA (300 MG TABLET, 500 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
PROCRIT (2,000 VIAL, 3,000 VIAL, 4,000 VIAL, 10,000 VIAL, 20,000 VIAL, 40,000 VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
PROMACTA (12.5 MG TABLET, 25 MG SUSPENSION PCKT, 25 MG TABLET, 75 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, LA, QL (90 per 30 days)
PROMACTA 12.5 MG SUSPEN PACKET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, LA, QL (180 per 30 days)
PROMACTA 50 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, LA, QL (30 per 30 days)
PYRUKYND (20-5 MG PACK, 50-20 MG PACK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (14 per 14 days)
PYRUKYND 20 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (7 per 7 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
PYRUKYND 50 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
RELEUKO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNIT/ML VIAL, 40,000 UNIT/ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTOINJECT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridam er 25-200 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA (60 MG TABLET, 90 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
CABLIVI (11 MG KIT, 11 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOPTELET ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (15 per 5 days)
DOPTELET (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TAVALISSE (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<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)
<i>valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
<i>benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>benazepril hcl 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lisinopril 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perindopril erbumine 2 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>perindopril erbumine 4 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>perindopril erbumine 8 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ramipril 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>trandolapril 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
PACERONE (100 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine gluc er 324 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
SORINE (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET, 240 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SOTALOL AF (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>metoprolol succ er 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine besylate 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet, er 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>nifedipine er 90 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
NYMALIZE 60 MG/10ML ORAL SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARTIA XT (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
DILT-XR (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 12hr er (12hr er 120 mg cap, 12hr er 60 mg cap, 12hr er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (24hr er 120 mg cap, 24hr er 180 mg cap, 24hr er 240 mg cap, 24hr er 300 mg cap, 24hr er 360 mg cap, 24hr er 420 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (cd) (24h er(cd) 120 mg cp, 24h er(cd) 180 mg cp, 24h er(cd) 240 mg cp, 24h er(cd) 300 mg cp, 24h er(cd) 360 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (xr) (24h er(xr) 120 mg cp, 24h er(xr) 180 mg cp, 24h er(xr) 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
TAZTIA XT (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE, 360 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
TIADYLt ER (ER 120 MG CAPSULE, ER 180 MG CAPSULE, ER 240 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE, ER 360 MG CAPSULE, ER 420 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
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)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
ASPRUZYO SPRINKLE (ER 500MG PKT, ER 1000MG PK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
CAMZYOS (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
CORLANOR (5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (560 per 30 days)
<i>digoxin 62.5 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
ENTRESTO (24 MG-26 MG TABLET, 49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>metyrosine 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>torseamide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
CAROSPIR 5 MG/ML ORAL SUSPENSION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>spironolactone (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<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)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<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)
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, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>icosapent ethyl 1 gram capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
JUXTAPID (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
JUXTAPID 20 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
JUXTAPID 30 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>omega-3 ethyl esters 1 gm cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PRALUENT PEN (75 MG/ML PEN, 150 MG/ML PEN)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
PREVALITE (PACKET, POWDER)	\$0 (Tier 1)	
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
REPATHA 420 MG/3.5ML PUSHTRONX	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
VASCEPA (0.5 GM CAPSULE, 1 GM CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate er (mn er 60 mg tablet, mononit er 30 mg tb, mononit er 60 mg tb, mononit er 120 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	\$0 (Tier 1)	
RECTIV 0.4% OINTMENT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 21 days)
<i>sildenafil citrate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days), GC, CB (52 / 365 days), EX

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine (dextroamp-amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp-amphetamin 20 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate er (la) (er(la) 20mg cp, er(la) 40mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate la (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
<i>atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate (10 mg/9hr, 15 mg/9hr, 20 mg/9hr, 30 mg/9hr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate 10 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate 5 mg/5 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1800 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 18 mg tab, er 27 mg tab, er 54 mg tab, er 72 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er (la) (er(la) 10mg cp, er(la) 30mg 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
<i>methylphenidate hcl cd (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er(cd) 10mg cp, er(cd) 20mg cp, er(cd) 30mg cp, er(cd) 40mg cp, er(cd) 50mg cp, er(cd) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate la (10 mg cap, 30 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, Other		
AUSTEDO (6 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
AUSTEDO 9 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (42 per 28 days)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
RADICAVA ORS (105 MG/5 ML SUSP, STARTER KIT SUSP)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (70 per 14 days)
RELYVRIO 3 GM-1 GM POWDER PKT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (600 per 30 days)
Fibromyalgia Agents		
SAVELLA (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
SAVELLA TITRATION PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (55 per 28 days), PA NSO
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>fingolimod 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
MAVENCLAD (10 MG 10 TABLET PK, 10 MG 4 TABLET PK, 10 MG 5 TABLET PK, 10 MG 6 TABLET PK, 10 MG 7 TABLET PK, 10 MG 8 TABLET PK, 10 MG 9 TABLET PK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
MAYZENT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
MAYZENT 0.25 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (7 per 4 days)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRING	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
PONVORY (14-DAY STARTER PACK, 20 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
REBIF (22 MCG/0.5 ML SYRINGE, 44 MCG/0.5 ML SYRINGE, TITRATION PACK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
REBIF REBIDOSE (22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, TITRATION PACK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
TASCENSO ODT 0.25 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TASCENSO ODT 0.5 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide (7 mg tablet, 14 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ZEPOSIA (0.92 MG CAPSULE, STARTER KIT (28-DAY), STARTER KIT (37-DAY), STARTER PACK (7-DAY))	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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% 15 ml cup, 0.12% rinse)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	\$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)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
Acne and Rosacea Agents		
ACCUTANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
AVITA 0.025% CREAM	\$0 (Tier 1)	PA
<i>azelaic acid 15% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clind ph-benzoyl perox 1.2-5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin-benzoyl gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
NEUAC GEL	\$0 (Tier 1)	
<i>tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tazarotene 0.1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
TAZORAC 0.05% CREAM	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
ZENATANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Dermatitis and Pruritus Agents		
ALA-CORT 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
ALA-CORT 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amcinonide (0.1% lotion, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>betamethasone diprop augmented (0.05% gel, 0.05% lot, 0.05% oin)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone dipropionate (0.05% crm, 0.05% lot)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% cream, 0.25% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxepin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% scalp oil, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinonide-e 0.05% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream, 0.05% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint, 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimecrolimus 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
TRIDERM (0.1% CREAM, 0.5% CREAM)	\$0 (Tier 1)	
Dermatological Agents		
<i>clotrimazole-betamethasone (crm, lot)</i>	\$0 (Tier 1)	
QBREXZA 2.4% CLOTH	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluorouracil (0.5% cream, 2% topical soln, 5% cream, 5% topical soln)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
OTEZLA 30 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	
REGGRANEX 0.01% GEL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SANTYL OINTMENT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SILVADENE 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VTAMA 1% CREAM	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ZORYVE 0.3% CREAM	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Pediculicides/Scabicides		
CROTAN 10% LOTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
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% topical susp, 8% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (ph 1% solution, phosp 1% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin (2% gel, 2% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mupirocin (2% cream, 2% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penciclovir 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
SULFAMYLON 8.5% CREAM	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare** مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacement		
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ISOLYTE S IV SOLN PH7.4	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate 50% syringe</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>multiple electrolytes t1 ph5.5</i>	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE 148 IV SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>potassium chloride (cl10%(20meq/15ml)cup, cl10%(40meq/30ml)cup, cl20%(40meq/15ml)cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/100 ml sol, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20 meq/100 ml sol, cl 20% (40 meq/15ml), cl 30 meq/15 ml conc, cl 40 meq/100 ml sol, cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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 3% iv soln, sodium chloride 5% iv soln)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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-\$10.35 (Tier 2)	
<i>deferasirox (90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 1,000 mg tb(3x/dy)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOJOLVI LIQUID	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
JYNARQUE (15 MG TABLET, 15 MG-15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 30 MG-15 MG TABLET, 45 MG-15 MG TABLET, 60 MG-30 MG TABLET, 90 MG-30 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
PARAGARD T 380-A IUD	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>tolvaptan (15 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
CLINIMIX (4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
CLINIMIX E (2.75%-5% SOLUTION, 4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
CLINISOL 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>d5%-1/2ns-kcl 40 meq/l iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 10%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>dextrose 10%-0.45% nacl iv sol</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl iv</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-ns-kcl (20 in d5w-ns, 40 in d5w-nacl 0.9%)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 5%-water vial, 10%-water iv solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>kcl 20 meq in d5w-0.45% nacl</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl 20 meq in d5w-lact ringer</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl 20 meq/l in d5w solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.2% nacl (10 meq/500 ml-d5w-0.2%nacl, 20 meq/l-d5w-0.2% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.225% nacl (10meq/500ml-d5w-0.225%nacl, 20 meq/l-d5w-0.225% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl (10 meq/500ml-d5w-0.45%nacl, 10 meq/l-d5w-0.45% nacl, 20 meq/l-d5w-0.45% nacl, 30 meq/l-d5w-0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.9% nacl (20 meq/l-d5w-0.9%, 40 meq/l-d5w-0.9%)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocarnitine (1 g/10 ml soln, 330 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml, 50% vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
PREMASOL 10% IV SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
PROSOL 20% INJECTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>sodium chloride 0.9% vial</i>	\$0 (Tier 1)	
TPN ELECTROLYTES II IV SOLN	\$0 (Tier 1)	
TPN ELECTROLYTES VIAL	\$0 (Tier 1)	
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Phosphate Binders		
AURYXIA 210 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>calcium acetate (667 mg capsule, 667 mg gelcap)</i>	\$0 (Tier 1)	
FOSRENOL (750 MG POWDER PACKET, 1,000 MG POWDER PACK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
<i>lanthanum carbonate (500 mg tab chew, 750 mg tab chew, 1,000 mg tb chw)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>sevelamer 2.4 gm powder packet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sevelamer hcl (400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Potassium Binders		
<i>sodium polystyrene sulf powder</i>	\$0 (Tier 1)	
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare** مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
CONSTULOSE 10 GM/15 ML SOLN	\$0 (Tier 1)	
ENULOSE 10 GM/15 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GENERLAC 10 GM/15 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
KRISTALOSE (10 GM PACKET, 20 GM PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lactulose 10 gm packet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, 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-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
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-\$10.35 (Tier 2)	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
SUTAB 1.479-0.225-0.188 GM TAB	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-Diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5, diphenoxylate-atrop 2.5-0.025)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
XERMELO 250 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Gastrointestinal Agents, Other		
GATTEX 5 MG INJECTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
GAVILYTE-C SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-G SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GOLYTELY SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
OCALIVA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
<i>peg-3350 and electrolytes soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	\$0 (Tier 1)	
SEROSTIM 6 MG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol</i>	\$0 (Tier 1)	
SUPREP BOWEL PREP KIT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Histamine2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Protectants		
<i>misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
<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)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ARALAST NP 1,000 MG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ARALAST NP 500 MG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>betaine 1 gram/scoop powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
CREON (DR 3,000 CAPSULE, DR 6,000 CAPSULE, DR 12,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE, DR 36,000 CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc</i>	\$0 (Tier 1)	
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dichlorphenamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)
GLASSIA 1 GM/50 ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
JAVYGTOR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
KEVEYIS 50 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5 ML SYRINGE, 10 MG/0.5 ML SYRINGE, 20 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
PANCREAZE (DR 2,600 CAP, DR 4,200 CAP, DR 10,500 CAP, DR 16,800 CAP, DR 21,000 CAP, DR 37,000 CAP)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
PERTZYE (DR 4,000 CAPSULE, DR 8,000 CAPSULE, DR 16,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
PLENAMINE 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
PROLASTIN C 1,000 MG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
PROLASTIN C 1,000 MG/20 ML VL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
RAVICTI 1.1 GRAM/ML LIQUID	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5 ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sodium phenylbutyrate powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA
TEGSEDI 284 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (6 per 28 days)
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 10,440-39,150 UNITS TB, 20,880-78,300 UNITS TB)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
YARGESA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic or Enzyme or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ZEMAIRA 1,000 MG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ZENPEP (DR 3,000 CAPSULE, DR 5,000 CAPSULE, DR 10,000 CAPSULE, DR 15,000 CAPSULE, DR 20,000 CAPSULE, DR 25,000 CAPSULE, DR 40,000 CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	
GELNIQUE (10% GEL PUMP, 10% GEL SACHET, 10% GEL SACHETS)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genitourinary Agents		
MYRBETRIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxybutynin chloride (5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<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)
OXYTROL 3.9 MG/24HR PATCH	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (8 per 28 days)
<i>solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap, er 4 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tropium chloride 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>tropium 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genitourinary Agents		
<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>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-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
LITHOSTAT 250 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
THIOLA EC (EC 100 MG TABLET, EC 300 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>tiopronin 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare** مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
ACTHAR GEL 400 UNIT/5 ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)
<i>betamethasone dipropionate (0.05% oint, aug 0.05% crm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone dp aug 0.05% crm</i>	\$0 (Tier 1)	
CORTROPHIN (GEL 80 UNIT/ML VIAL, GEL 400 UNIT/5 ML)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)
<i>dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
EMFLAZA (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>fludrocortisone 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
HEMADY 20 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
<i>methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone sodium phos odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate (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)	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
TAPERDEX 7 DAY 1.5 MG TAB PACK	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
<i>desmopressin acetate (acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb, 10 mcg/0.1 ml spr)</i>	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA SV 2 MG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
GENOTROPIN (MINIQUICK 0.2 MG, MINIQUICK 0.4 MG, MINIQUICK 0.6 MG, MINIQUICK 0.8 MG, MINIQUICK 1 MG, MINIQUICK 1.2 MG, MINIQUICK 1.4 MG, MINIQUICK 1.6 MG, MINIQUICK 1.8 MG, MINIQUICK 2 MG, 5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HUMATROPE (6 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE, 24 MG CARTRIDGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
NORDITROPIN FLEXPPO (5 MG/1.5, 10 MG/1.5, 15 MG/1.5, 30 MG/3 ML)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
NORDITROPIN FLEXPRO 30 MG/3 ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN (5, 10, 20)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SAIZEN (5 MG VIAL, 8.8 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SEROSTIM (4 MG VIAL, 5 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SKYTROFA (3 MG CARTRIDGE, 3.6 MG CARTRIDGE, 4.3 MG CARTRIDGE, 5.2 MG CARTRIDGE, 6.3 MG CARTRIDGE, 7.6 MG CARTRIDGE, 9.1 MG CARTRIDGE, 11 MG CARTRIDGE, 13.3 MG CARTRIDGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ZOMACTON (5 MG VIAL, 10 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
ZORBTIVE 8.8 MG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
Androgens		
<i>danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>testosterone (1% (25mg/2.5g) pk, 1% (50 mg/5 g) pk, 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump, 1.62%(1.25 g) pkt, 12.5 mg/1.25 gram, 25 mg/2.5 gm pkt, 30 mg/1.5 ml pump, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>testosterone cypionate (testosteron 1,000 mg/10 ml, 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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>testosterone enanthate</i> (<i>testosteron 1,000 mg/5 ml,</i> <i>testosterone 200 mg/ml</i>)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Estrogens		
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)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>estradiol (twice weekly) (0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol 0.05 mg patch (1/wk)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol valerate (20 mg/ml vl, 40 mg/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
ESTRING (2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG) RING)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
FEMRING (0.05 VAG RING, 0.10 VAG RING)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
IMVEXXY (4 MCG MAINTENANCE PACK, 4 MCG STARTER PACK, 10 MCG MAINTENANCE PAK, 10 MCG STARTER PACK)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (18 per 28 days)
LYLLANA (0.025 MG PATCH, 0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
MENEST (0.3 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
MENOSTAR 14 MCG/DAY PATCH	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
PREMARIN (0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, VAGINAL CREAM-APPL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
YUVAFEM (10 MCG INSERT, 10 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
ACTIVELLA 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALTAVERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AMABELZ (0.5 MG-0.1 MG TABLET, 1 MG-0.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
AMETHIA 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
ANGELIQ (0.25 MG-0.5 MG TABLET, 0.5 MG-1 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
APRI 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
ARANELLE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ASHLYNA 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
AUBRA EQ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AUBRA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AVIANE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BALCOLTRA TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
BALZIVA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BEYAZ 28 TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
BLISOVI 24 FE TABLET	\$0 (Tier 1)	
BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BRIELLYN TABLET	\$0 (Tier 1)	
CAMRESE LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
CLIMARA PRO PATCH	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
COMBIPATCH (0.05-0.14 MG, 0.05-0.25 MG)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
CRYSSELLE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (desogestrel-ee 0.15-0.03 mg tb, desogestrel-ethinyl estrad tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>dros-ee-levomef 3-0.02-0.451</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELURYNG VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENILLORING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENPRESSE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ENSKYCE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol-norethindrone acetat (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol (1mg-35mcg, 1mg-50mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	
FALMINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEW TAB	\$0 (Tier 1)	
FYAVOLV (0.5 MG-2.5 MCG TABLET, 1 MG-5 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
HALOETTE VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INTRAROSA 6.5 MG VAG INSERT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
INTROVALE 0.15-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JOYEAUX-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
JULEBER 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JUNEL (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
JUNEL FE 24 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
KARIVA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
KELNOR 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KELNOR 1-50 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KURVELO-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KYLEENA 19.5 MG SYSTEM	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA BVD
LARIN (1.5 MG-30 MCG TABLET, 21 1-20 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LARIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	\$0 (Tier 1)	
LEENA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LESSINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LEVONEST-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e estrad 0.15-0.03-0.01, levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01, levonorg 0.15mg-ee 20-25-30mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1-0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic)</i>	\$0 (Tier 1)	
LEVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LILETTA 52 MG SYSTEM	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA BVD
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
LOESTRIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOESTRIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOSEASONIQUE TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
LOW-OGESTREL-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LUTERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MARLISSA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MERZEE 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN 24 FE 1 MG-20 MCG	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIRENA 52 MG SYSTEM	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA BVD
NATAZIA 28 TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
NECON 0.5-35-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
NEXTSTELLIS 3-14.2 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norethin-eth estra-ferrous fum (noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75, norethin-estra-fe 0.8-0.025 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind-eth 1-0.02 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (1 mg/20-30-35 mcg, 1-0.02(21)-75 tab, 1-0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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-\$10.35 (Tier 2)	
NYLIA (1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
NYMYO 0.25-0.035 MG (28) TAB	\$0 (Tier 1)	
OCELLA 3 MG-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
PIMTREA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
PORTIA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREFEST TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMPHASE 0.625-5 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
PREMPRO (0.3 MG-1.5 MG TABLET, 0.45-1.5 MG TABLET, 0.625-2.5 MG TABLET, 0.625-5 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
QUARTETTE TABLET	\$0 (Tier 1)	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
RIVELSA TABLET	\$0 (Tier 1)	
SAFYRAL TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
SEASONIQUE 0.15-0.03-0.01 TAB	\$0 (Tier 1)	
SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
SKYLA 13.5 MG SYSTEM	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA BVD
SLYND 4 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
SPRINTEC 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
SRONYX 0.10-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
SYEDA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 EQ TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRIVORA-28 TABLET	\$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)	
VELIVET 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
VIENVA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
WYMZYA FE (0.4-0.035 MG CHEW TB, CHEWABLE TABLET)	\$0 (Tier 1)	
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
YASMIN 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
YAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35E TABLET	\$0 (Tier 1)	
Progestins		
CAMILA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
CRINONE (4% GEL, 8% GEL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
ERRIN 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 acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>megestrol acetate 400mg/10ml oral suspension</i>	\$0 (Tier 1)	PA
NORA-BE TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrn 5 mg tb (lupaneta)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
ORTHO MICRONOR 0.35 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<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-\$10.35 (Tier 2)	
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
ERMEZA 150 MCG/5 ML SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
EUTHYROX (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
<i>levothyroxine sodium (13 mcg capsule, 25 mcg capsule, 25 mcg tablet, 50 mcg capsule, 50 mcg tablet, 75 mcg capsule, 75 mcg tablet, 88 mcg capsule, 88 mcg tablet, 100 mcg capsule, 100 mcg tablet, 112 mcg capsule, 112 mcg tablet, 125 mcg capsule, 125 mcg tablet, 137 mcg capsule, 137 mcg tablet, 150 mcg capsule, 150 mcg tablet, 175 mcg capsule, 175 mcg tablet, 200 mcg capsule, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
LEVOXYL (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
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-\$10.35 (Tier 2)	
TIROSINT-SOL (13 MCG/ML SOLN, 25 MCG/ML SOLN, 37.5 MCG/ML SOLN, 44 MCG/ML SOLN, 50 MCG/ML SOLN, 62.5 MCG/ML SOLN, 75 MCG/ML SOLN, 88 MCG/ML SOLN, 100 MCG/ML SOLN, 112 MCG/ML SOLN, 125 MCG/ML SOLN, 137 MCG/ML SOLN, 150 MCG/ML SOLN, 175 MCG/ML SOLN, 200 MCG/ML SOLN)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
UNITHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal)		
KORLYM 300 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
LYSODREN 500 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)		
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)		
<i>cabergoline 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 45 MG SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)		
FIRMAGON (2 X 120 MG KIT, 2 X 120 MG VIALS, 80 MG KIT, 80 MG VIAL, 120 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>leuprolide depot 22.5 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (DEPOT 3.75 MG KIT, DEPOT-4 MONTH KIT, DEPOT 7.5 MG KIT, DEPOT 11.25 MG 3MO KIT, DEPOT 22.5 MG 3MO KIT, DEPOT 45 MG 6MO KIT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO, 45 MG 6MO KIT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)		
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ORGOVYX 120 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (32 per 30 days), PA NSO
ORIAHNN 300-1-0.5MG/300MG CAPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
RECORLEV 150 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
SOMAVERT (10 MG VIAL, 15 MG VIAL, 20 MG VIAL, 25 MG VIAL, 30 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary)		
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
TRELSTAR (3.75 MG VIAL, 11.25 MG VIAL, 22.5 MG VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
Angioedema Agents		
CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL-DILUENT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ORLADEYO (110 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG/2 ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Immunoglobulins		
BIVIGAM (5 GM/50 ML (10%) VIAL, 10 GM/100 ML (10%) VL, LIQUID 10% VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
FLEBOGAMMA DIF 10% VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
GAMMAKED 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
GAMMAPLEX (2.5 GRAM/50 ML VIAL, 5 GRAM/100 ML VIAL, 5 GRAM/50 ML VIAL, 10 GRAM/100 ML VIAL, 10 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/400 ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
OCTAGAM (5% (1 G/20 ML) VIAL, 5% (10 G/200 ML) VIAL, 5% (2.5 G/50 ML) VIAL, 5% (5 G/100 ML) VIAL, 5% VIAL, 10% (10 G/100 ML) VIAL, 10% (2 G/20 ML) VIAL, 10% (20 G/200 ML) VIAL, 10% (30 G/300 ML) VIAL, 10% (5 G/50 ML) VIAL, 10% VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
PANZYGA (10% (1 G/10 ML) VIAL, 10% (10 G/100 ML) VIAL, 10% (2.5 G/25 ML) VIAL, 10% (20 G/200 ML) VIAL, 10% (30 G/300 ML) VIAL, 10% (5 G/50 ML) VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
PRIVIGEN 10% VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Immunological Agents		
GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SL TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ORALAIR 300 MG SUBLINGUAL TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
TARPEYO DR 4 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
ARCALYST 220 MG VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
COSENTYX SNRDY 300MG DOSE-2PEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
COSENTYX SYRINGE (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
DUPIXENT PEN (200 MG/1.14 ML PEN, 300 MG/2 ML PEN)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
DUPIXENT SYRINGE (100 MG/0.67 ML SYRING, 200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
ILUMYA 100 MG/ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
KEVZARA (150 MG/1.14 ML PEN INJ, 150 MG/1.14 ML SYRINGE, 200 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
OTEZLA 28 DAY STARTER PACK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (55 per 28 days)
RIDAURA 3 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SILIQ 210 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SKYRIZI (75 MG/0.83 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE, 600 MG/10 ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SOTYKTU 6 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
STELARA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
TREMFYA (100 MG/ML INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
XELJANZ (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
XELJANZ XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
XOLAIR (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
Immunosuppressants		
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CIMZIA (2X200 MG/ML SYRINGE KIT, 2X200 MG/ML(X3)START KT, 200 MG VIAL KIT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	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
ENBREL (25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
HUMIRA (10 MG/0.2 ML SYRINGE, 20 MG/0.4 ML SYRINGE, 40 MG/0.8 ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HUMIRA PEDI CROHN 40 MG/0.8 ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HUMIRA PEN CROHN-UC-HS 40 MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HUMIRA PEN PS-UV-ADOL HS 40 MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) (HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING, HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING, HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S (HUMIRA(CF) 80-40 MG, HUMIRA(CF) 80MG/0.8)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN (HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN CRHN-UC-HS 80MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDI UC 80 MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-AHS 80-40	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HYFTOR 0.2% GEL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
<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
NEORAL (25 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
RAPAMUNE (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA BVD
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA BVD
SIMPONI (100 MG/ML PEN INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
SIMPONI (50 MG/0.5 ML PEN INJEC, 50 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
SIMPONI ARIA 50 MG/4 ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule, 5 mg capsule (ir))</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA BVD
Vaccines		
ABRYSVO VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
ACTHIB (VIAL, WITH DILUENT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
AREXVY	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>bcg vaccine (tice strain) vial</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
DAPTACEL DTAP VACCINE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids-ped</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
ENGERIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ENGERIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
HIBERIX (VIAL, WITH DILUENT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
INFANRIX DTAP SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
IPOL VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
IXIARO (6 MCG/0.5 ML SYRINGE, 6 UNIT(6 MCG)/0.5ML SYR)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
JYNNEOS 0.5 ML VIAL(STOCKPILE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
KINRIX TIP-LOK SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
M-M-R II VACCINE VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
MENACTRA VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
MENQUADFI VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
MENVEO A-C-Y-W KIT (2 VIALS)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
PENTACEL VIAL KIT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
PRIORIX VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
PROQUAD VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
RABAVERT (VACC W-DILUENT, VACCINE VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ROTARIX (ORAL SYRINGE, SUSPENSION)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
ROTATEQ VACCINE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
SHINGRIX VIAL KIT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (2 per 365 days)
<i>tdvax vial</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
TYPHIM VI (25 MCG/0.5 ML AL, 25 MCG/0.5 ML SYRNG)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
VARIVAX VACCINE (VIAL, WITH DILUENT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates		
<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-\$10.35 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
<i>sulfasalazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Inflammatory Bowel Disease Agents		
<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)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
FORTEO 600 MCG/2.4 ML PEN INJ	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
NATPARA (25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE, 100 MCG CARTRIDGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (2 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-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Metabolic Bone Disease Agents		
RAYALDEE ER 30 MCG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<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)
<i>teriparatide 620 mcg/2.48 ml</i>	\$0 (Tier 1)	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (2 per 30 days)
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents		
<i>atropine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Agents, Other		
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
LACRISERT 5 MG EYE INSERT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCYCIN HC EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-bacit-polymix eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
OXERVATE 0.002% EYE DROP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (8.4 per 30 days)
VUITY 1.25% EYE DROP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (5 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
Ophthalmic Anti-Infectives		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	\$0 (Tier 1)	
BESIVANCE 0.6% SUSP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levofloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (10% drops, 10% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (7 per 30 days)
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
ALOMIDE 0.1% EYE DROP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>olopatadine hcl 0.1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 30 days)
Ophthalmic Anti-inflammatories		
ALREX 0.2% EYE DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>dexamethasone 0.1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>difluprednate 0.05% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>fluorometholone 0.1% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flurbiprofen 0.03% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol 0.5% ophthalmc gel</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol etabonate 0.5% drp</i>	\$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (6 per 180 days)
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone sod 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>carteolol hcl 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levobunolol 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>timolol maleate (0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
ALPHAGAN P 0.1% DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>apraclonidine hcl 0.5% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	
<i>brinzolamide 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<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-\$10.35 (Tier 2)	QL (5 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Prostaglandin and Prostanoid Analogs		
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST
<i>travoprost 0.004% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	ST

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Otic Agents		
Otic Agents		
CIPRO HC OTIC SUSPENSION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	
<i>ciproflox-dexameth otic susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinolone oil 0.01% ear drp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ASMANEX (TWISTHALER 110 MCG #30, TWISTHALER 220 MCG #30, TWISTHALER 220 MCG #60, TWISTHALER 220 MCG #120)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (4 per 30 days)
ASMANEX HFA (HFA 50 MCG INHALER, HFA 100 MCG INHALER, HFA 200 MCG INHALER)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (13 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)	
FLOVENT DISKUS (50 MCG, 100 MCG, 250 MCG)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>flunisolide 0.025% spray</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
<i>fluticasone prop hfa 220 mcg</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (24 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)</i>	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER (90 MCG, 180 MCG)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
QVAR REDHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (21.2 per 30 days)
Antihistamines		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrpr)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocetirizine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Antileukotrienes		
<i>montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
<i>epinephrine (0.15 mg auto-inject, 0.3 mg auto-inject)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
<i>levalbuterol conc 1.25 mg/0.5</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol tar hfa 45mcg inh</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS 50 MCG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Cystic Fibrosis Agents		
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
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-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
ORKAMBI (100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (112 per 28 days)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
SYMDEKO (50/75 MG-75 MG TABLETS, 100/150 MG-150 MG TABS)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
TRIKAFTA 100-50-75 MG/150 MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
TRIKAFTA 50-25-37.5 MG/75 MG	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i>	\$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
DALIRESP 500 MCG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline anhydrous (er 300 mg tab, er 450 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline er (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-\$10.35 (Tier 2)	PA, LA
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
OPSUMIT 10 MG TABLET	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, LA
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-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
<i>sildenafil 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, LA, QL (120 per 30 days)
TYVASO DPI (16 MCG CARTRIDGE, 16-32 MCG TITR KIT, 16-32-48 MCG TITRAT, 32 MCG CARTRIDGE, 32-48 MCG MAINT KIT, 48 MCG CARTRIDGE, 64 MCG CARTRIDGE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
UPTRAVI (200 MCG TABLET, 400 MCG TABLET, 600 MCG TABLET, 800 MCG TABLET, 1,000 MCG TABLET, 1,200 MCG TABLET, 1,400 MCG TABLET, 1,600 MCG TABLET)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
VENTAVIS (10 MCG/1 ML SOLUTION, 20 MCG/1 ML SOLUTION)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
Pulmonary Fibrosis Agents		
ESBRIET 267 MG CAPSULE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (270 per 30 days)
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine (10% vial, 20% vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ADVAIR HFA (HFA 45-21 MCG INHALER, HFA 115-21 MCG INHALER, HFA 230-21 MCG INHALER)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG INH	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	\$0 (Tier 1)	QL (11 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALER	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (10.7 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (11 per 30 days)
DULERA (50 MCG-5 MCG INHALER, 100 MCG-5 MCG INHALER, 200 MCG-5 MCG INHALER)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (13 per 30 days)
FASENRA 30 MG/ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
<i>fluticasone-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-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, QL (0.4 per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	\$0-\$10.35 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
WIXELA INHUB (100-50, 250-50, 500-50)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پریشانی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	QL (90 per 30 days)
<i>methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>orphenadrine er 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Sleep Disorder Agents		
Sleep Promoting Agents		
<i>eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA-HRM, 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)	QL (30 per 30 days)
<i>triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.**

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Sleep Disorder Agents		
<i>zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA-HRM, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA-HRM, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA-HRM, QL (30 per 30 days)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<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
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, LA
XYWAV 0.5 GM/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$10.35 (Tier 2)	PA, LA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.
اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Supplies		
Supplies		
<i>gauze pads & dressings - pads 2 x 2</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>insulin pen needle</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>isopropyl alcohol 0.7 ml/ml medicated pad</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>needles, insulin disp., safety</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 15 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

لیست داروهای تحت پوشش	ACTEMRA ACTPEN.....	208	Alpha-adrenergic Blocking
در این قسمت می توانید دارو را با جستجوی	ACTHAR.....	178	Agents.....
نام دارو بر اساس حروف الفبا پیدا کنید. با	ACTHIB.....	218	ALPHAGAN P.....
اینکار شماره صفحه را پیدا کرده که در آن	ACTIMMUNE.....	212	<i>alprazolam</i>
می توانید اطلاعات اضافی مربوط به پوشش	ACTIVELLA.....	185	ALREX.....
را برای داروی خود پیدا کنید.	<i>acyclovir</i>	102,158	ALTAVERA.....
	<i>acyclovir sodium</i>	102	ALUNBRIG.....
1	ADACEL TDAP.....	218	ALYACEN.....
1st Generation/Typical.....	<i>adefovir dipivoxil</i>	100	AMABELZ.....
	ADEMPAS.....	240	<i>amantadine</i>
2	ADLARITY.....	45	AMBISOME.....
2nd Generation/Atypical.....	ADVAIR HFA.....	243	<i>ambrisentan</i>
	AEMCOLO.....	26	<i>amcinonide</i>
A	AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	58	AMETHIA.....
<i>abacavir</i>	AJOVY AUTOINJECTOR.....	59	<i>amikacin sulfate</i>
<i>abacavir-lamivudine</i>	AJOVY SYRINGE.....	59	<i>amiloride hcl</i>
ABELCET.....	AKEEGA.....	69	<i>amiloride-</i>
ABILIFY ASIMTUFII.....	ALA-CORT.....	153	<i>hydrochlorothiazide</i>
ABILIFY MAINTENA.....	<i>albendazole</i>	80	Aminoglycosides.....
ABILIFY MYCITE 10 MG.....	<i>albuterol sulfate</i>	236	Aminosalicylates.....
ABILIFY MYCITE 15 MG.....	<i>albuterol sulfate hfa</i>	236	<i>amiodarone hcl</i>
ABILIFY MYCITE 2 MG.....	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg</i>		<i>amitriptyline hcl</i>
ABILIFY MYCITE 20 MG.....	<i>inhaler (Proair generic)</i>	237	<i>amlodipine besylate</i>
ABILIFY MYCITE 30 MG.....	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg</i>		<i>amlodipine besylate-</i>
ABILIFY MYCITE 5 MG.....	<i>inhaler (Proventil generic)</i>	237	<i>benazepril</i>
<i>abiraterone acetate</i>	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg</i>		<i>amlodipine-atorvastatin</i>
ABRYSVO VIAL.....	<i>inhaler (ventolin generic)</i>	237	<i>amlodipine-olmesartan</i>
<i>acamprosate calcium</i>	Alcohol Deterrents/Anti-		<i>amlodipine-valsartan</i>
<i>acarbose</i>	craving.....	22	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>
ACCUTANE.....	ALECENSA.....	69	<i>ammonium lactate</i>
<i>acebutolol hcl</i>	<i>alendronate sodium</i>	224	AMNESTEEM.....
<i>acetaminophen-codeine</i>	<i>alfuzosin hcl er</i>	176	<i>amoxapine</i>
<i>acetaminophen-codeine 120-12</i>	<i>aliskiren</i>	134	<i>amoxicillin</i>
<i>mg/5</i>	Alkylating Agents.....	62	<i>amoxicillin-clavulanate</i>
<i>acetazolamide</i>	<i>allopurinol</i>	58	<i>potass</i>
<i>acetazolamide er</i>	<i>alogliptin</i>	106	<i>amphotericin b</i>
<i>acetic acid</i>	<i>alogliptin-metformin</i>	106	<i>amphotericin b liposome</i>
<i>acetylcysteine</i>	ALOMIDE.....	229	<i>ampicillin sodium</i>
<i>acitretin</i>	<i>alosetron hcl</i>	168	<i>ampicillin trihydrate</i>
Acne and Rosacea Agents.....	Alpha-adrenergic Agonists.....	124	<i>ampicillin-sulbactam</i>
ACTEMRA.....			<i>anagrelide hcl</i>
			119

ANALGESICS.....	17	Anti-influenza Agents.....	101	Antispasmodics,	
Analgesics.....	17	Antiandrogens.....	62	Gastrointestinal.....	169
<i>anastrozole</i>	68	Antiangiogenic Agents.....	63	Antispasmodics, Urinary.....	175
Androgens.....	182	Antiarrhythmics.....	127	ANTISPASTICITY AGENTS.....	93
ANESTHETICS.....	22	ANTIBACTERIALS.....	25	Antispasticity Agents.....	93
ANGELIQ.....	186	Antibacterials, Other.....	26	Antithyroid Agents.....	205
Angioedema Agents.....	205	Anticholinergics.....	82	Antituberculars.....	61
Angiotensin II Receptor		Anticoagulants.....	117	ANTIVIRALS.....	93
Antagonists.....	125	ANTICONVULSANTS.....	36	Antivirals.....	103
Angiotensin-converting Enzyme		Anticonvulsants.....	36	ANUSOL-HC.....	224
(ACE) Inhibitors.....	126	Anticonvulsants, Other.....	37	ANXIOLYTICS.....	103
ANNOVERA.....	186	ANTIDEMENTIA AGENTS.....	45	Anxiolytics, Other.....	103
ANORO ELLIPTA.....	243	Antidementia Agents, Other.....	45	<i>apraclonidine hcl</i>	232
Anthelmintics.....	80	ANTIDEPRESSANTS.....	47	<i>aprepitant</i>	54
ANTI-		Antidepressants, Other.....	47	APRI.....	186
ADDICTION/SUBSTANCE		Antidiabetic Agents.....	105	APTIOM.....	43
ABUSE TREATMENT		ANTIEMETICS.....	53	APTIVUS.....	98
AGENTS.....	22	Antiemetics, Other.....	53	ARALAST NP.....	171,172
Anti-Constipation Agents.....	167	Antiestrogens/Modifiers.....	64	ARANELLE.....	186
Anti-cytomegalovirus (CMV)		ANTIFUNGALS.....	55	ARANESP.....	119
Agents.....	99	Antifungals.....	55	ARCALYST.....	209
Anti-Diarrheal Agents.....	168	ANTIGOUT AGENTS.....	58	AREXVY.....	218
Anti-hepatitis B (HBV)		Antigout Agents.....	58	<i>arformoterol tartrate</i>	237
Agents.....	100	Antiherpetic Agents.....	102	ARIKAYCE.....	25
Anti-hepatitis C (HCV)		Antihistamines.....	235	<i>aripiprazole</i>	87
Agents.....	100	Antileukotrienes.....	235	<i>aripiprazole odt</i>	87
Anti-HIV Agents, Integrase		Antimetabolites.....	64	ARISTADA.....	87,88
Inhibitors (INSTI).....	93	ANTIMIGRAINE AGENTS.....	58	ARISTADA INITIO.....	88
Anti-HIV Agents, Non-		Antimigraine Agents.....	58	<i>armodafinil</i>	246
nucleoside Reverse		ANTIMYASTHENIC		ARNUITY ELLIPTA.....	234
Transcriptase Inhibitors		AGENTS.....	60	Aromatase Inhibitors, 3rd	
(NNRTI).....	94	ANTIMYCOBACTERIALS.....	61	Generation.....	68
Anti-HIV Agents, Nucleoside		Antimycobacterials, Other.....	61	<i>asenapine maleate</i>	88
and Nucleotide Reverse		ANTINEOPLASTICS.....	62	ASHLYNA.....	186
Transcriptase Inhibitors		Antineoplastics.....	65	ASMANEX.....	234
(NRTI).....	95	Antineoplastics, Other.....	67	ASMANEX HFA.....	234
Anti-HIV Agents, Other.....	97	ANTIPARASITICS.....	80	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	123
Anti-HIV Agents, Protease		ANTIPARKINSON AGENTS.....	82	ASPRUZYO SPRINKLE.....	135
Inhibitors (PI).....	98	Antiparkinson Agents, Other.....	82	<i>atazanavir sulfate</i>	98
Anti-inflammatories, Inhaled		Antiprotozoals.....	80	<i>atenolol</i>	129
Corticosteroids.....	234	ANTIPSYCHOTICS.....	84	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	135

<i>atomoxetine hcl</i>	144,145	<i>baclofen</i>	93	BICILLIN C-R.....	31
<i>atorvastatin calcium</i>	139	BALCOLTRA.....	186	BICILLIN L-A.....	31
<i>atovaquone</i>	80	<i>balsalazide disodium</i>	223	BIKTARVY.....	93
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	81	BALVERSA.....	69	<i>bimatoprost</i>	233
<i>atropine sulfate</i>	226	BALZIVA.....	186	BIPOLAR AGENTS.....	105
ATROVENT HFA.....	236	BAQSIMI.....	110	<i>bisoprolol fumarate</i>	129
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents,		BARACLUDE.....	100	<i>bisoprolol-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	135
Amphetamines.....	143	BASAGLAR KWIKPEN U- 100.....	111	BIVIGAM.....	206
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-		BAXDELA.....	34	BLISOVI 24 FE.....	187
amphetamines.....	144	<i>bcg vaccine (tice strain)</i>	218	BLISOVI FE.....	187
AUBRA.....	186	<i>benazepril hcl</i>	126	BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	105
AUBRA EQ.....	186	<i>benazepril-</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	135	BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	117
AURYXIA.....	165	Benign Prostatic Hypertrophy Agents.....	176	Blood Products and Modifiers, Other.....	119
AUSTEDO.....	146	BENLYSTA.....	209	BOOSTRIX TDAP.....	218
AUSTEDO XR.....	146	<i>benznidazole</i>	81	<i>bosentan</i>	240
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	147	Benzodiazepines.....	104	BOSULIF.....	69
AUVELITY.....	47	<i>benztropine mesylate</i>	82	BRAFTOVI.....	70
AVIANE.....	186	BESIVANCE.....	228	BREYNA.....	243
AVITA.....	152	BESREMI.....	212	BREZTRI AEROSPHERE.....	243
AVONEX.....	148	Beta-adrenergic Blocking Agents.....	129	BRIELLYN.....	187
AVONEX PEN.....	148	Beta-lactam, Cephalosporins	28	BRILINTA.....	123
AVYCAZ.....	28	Beta-lactam, Penicillins.....	30	<i>brimonidine tartrate</i>	232
AYVAKIT.....	65	<i>betaine anhydrous</i>	172	<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	232
AZASAN.....	213	<i>betamethasone diprop</i> <i>augmented</i>	153,178	<i>brinzolamide</i>	232
AZASITE.....	228	<i>betamethasone</i> <i>dipropionate</i>	153,178	BRIVIACT.....	37
<i>azathioprine</i>	213	<i>betamethasone valerate</i>	153	<i>bromocriptine mesylate</i>	82
<i>azelaic acid</i>	152	BETASERON 0.3 MG INJECTION.....	148	BRONCHITOL.....	238
<i>azelastine hcl</i>	230,235	<i>betaxolol hcl</i>	129,231	Bronchodilators, Anticholinergic.....	236
<i>azithromycin</i>	33	<i>bethanechol chloride</i>	177	Bronchodilators, Sympathomimetic.....	236
<i>azithromycin 250 mg tablet</i> (dose pack).....	33	BETOPTIC S.....	231	BRUKINSA.....	65
<i>azithromycin 500 mg tablet</i> (dose pack).....	33	<i>bexarotene</i>	79	<i>budesonide</i>	224,234
<i>aztreonam</i>	26	BEXSERO.....	218	<i>budesonide dr</i>	224
		BEYAZ.....	186	<i>budesonide ec</i>	224
		<i>bicalutamide</i>	62	<i>budesonide-formoterol</i> <i>fumarate</i>	243

B

<i>bumetanide</i>	137	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>chlorpromazine hcl</i>	84
<i>buprenorphine hcl</i>	23	<i>entacapone</i>	<i>chlorthalidone</i>	138
<i>buprenorphine-naloxone</i>	23	CARDIOVASCULAR	CHOLBAM.....	172
<i>bupropion hcl</i>	47	AGENTS.....	<i>cholestyramine</i>	140
<i>bupropion hcl sr</i>	24,47	Cardiovascular Agents,	<i>cholestyramine light</i>	140
<i>bupropion xl</i>	47	Other.....	Cholinesterase Inhibitors.....	45
<i>buspironone hcl</i>	103	<i>carglumic acid</i>	<i>ciclopirox</i>	55,158
<i>butalbital-acetaminophen-</i>		<i>carisoprodol</i>	<i>cilostazol</i>	123
<i>caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	17	CAROSPIR 5 MG/ML ORAL	CILOXAN.....	228
BYDUREON BCISE.....	106	SUSPENSION.....	CIMDUO.....	95
BYETTA.....	106	<i>carteolol hcl</i>	<i>cimetidine</i>	170
C		CARTIA XT.....	CIMZIA.....	213
<i>cabergoline</i>	202	<i>carvedilol</i>	<i>cinacalcet hcl</i>	225
CABLIVI.....	123	<i>caspofungin acetate</i>	CINRYZE.....	205
CABOMETYX.....	70	CAYSTON.....	CIPRO HC.....	233
<i>calcipotriene</i>	156	<i>cefaclor</i>	<i>ciprofloxacin hcl</i>	34,228
<i>calcitonin-salmon</i>	225	<i>cefadroxil</i>	<i>ciprofloxacin-d5w</i>	34
<i>calcitriol</i>	225	<i>cefazolin sodium</i>	<i>ciprofloxacin-</i>	
<i>calcium acetate</i>	166	<i>cefdinir</i>	<i>dexamethasone</i>	233
Calcium Channel Blocking		<i>cefepime hcl</i>	<i>citalopram hbr</i>	48
Agents, Dihydropyridines.....	131	<i>cefixime</i>	CLARAVIS.....	152
Calcium Channel Blocking		<i>cefotetan</i>	<i>clarithromycin</i>	33
Agents,		<i>cefoxitin</i>	CLEOCIN.....	26
Nondihydropyridines.....	131	<i>cefpodoxime proxetil</i>	CLIMARA PRO.....	187
Calcium Channel Modifying		<i>cefprozil</i>	<i>clindamycin (pediatric)</i>	26
Agents.....	40	<i>ceftazidime</i>	<i>clindamycin 1% gel</i>	158
CALQUENCE.....	65,70	<i>ceftriaxone</i>	<i>clindamycin hcl</i>	26
CAMILA.....	197	<i>cefuroxime</i>	<i>clindamycin pediatric</i>	26
CAMRESE LO.....	187	<i>cefuroxime sodium</i>	<i>clindamycin phos-benzoyl</i>	
CAMZYOS.....	135	<i>celecoxib</i>	<i>perox</i>	152
<i>candesartan cilexetil</i>	125	CELLCEPT.....	<i>clindamycin phosphate</i>	26,158
CAPLYTA.....	88	CENTRAL NERVOUS	<i>clindamycin phosphate-d5w</i>	26
CAPRELSA.....	70	SYSTEM AGENTS.....	CLINIMIX.....	162
<i>carbamazepine</i>	43	Central Nervous System,	CLINIMIX E.....	162
<i>carbamazepine er</i>	43	Other.....	CLINISOL.....	162
Carbapenems.....	33	<i>cephalexin</i>	<i>clobazam</i>	41
<i>carbidopa</i>	83	<i>cevimeline hcl</i>	<i>clobetasol emollient</i>	153
<i>carbidopa-levodopa</i>	83	CHEMET.....	<i>clobetasol propionate</i>	153
<i>carbidopa-levodopa er</i>	84	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	<i>clomipramine hcl</i>	52
		<i>chlorhexidine gluconate</i>	<i>clonazepam</i>	41
		<i>chloroquine phosphate</i>	<i>clonidine</i>	124

<i>clonidine hcl</i>	124	<i>cyproheptadine hcl</i>	235	<i>desloratadine</i>	235
<i>clonidine hcl er</i>	145	CYRED.....	187	<i>desmopressin acetate</i>	180
<i>clopidogrel</i>	123	CYRED EQ.....	187	<i>desogestr-eth estrad eth</i>	
<i>clorazepate dipotassium</i>	41	CYSTAGON.....	172	<i>estra</i>	187
<i>clotrimazole</i>	55	CYSTARAN.....	172	<i>desogestrel-ethinyl</i>	
<i>clotrimazole-</i>		Cystic Fibrosis Agents.....	238	<i>estradiol</i>	187
<i>betamethasone</i>	156	D		<i>desonide</i>	154
<i>clozapine</i>	92	<i>dabigatran etexilate</i>	117	<i>desoximetasone</i>	154
<i>clozapine odt</i>	92	<i>dalfampridine er</i>	148	<i>desvenlafaxine er</i>	48,49
COARTEM.....	81	DALIRESP.....	239	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	49
<i>codeine sulfate</i>	20	DALVANCE.....	27	<i>dexamethasone</i>	178
<i>colchicine</i>	58	<i>danazol</i>	182	<i>dexamethasone sodium</i>	
<i>colesevelam hcl</i>	106,140	<i>dantrolene sodium</i>	93	<i>phosphate</i>	230
<i>colestipol hcl</i>	140	<i>dapsone</i>	61	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	143
<i>colistimethate</i>	27	DAPTACEL DTAP.....	219	<i>er</i>	143,144
COMBIPATCH.....	187	<i>daptomycin</i>	27	<i>dextroamphetamine-amphet</i>	
COMBIVENT RESPIMAT.....	237	<i>darifenacin er</i>	175	<i>er</i>	144
COMETRIQ.....	70	<i>darunavir</i>	98	<i>dextroamphetamine-</i>	
COMPLERA.....	94	DAURISMO.....	70	<i>amphetamine</i>	143,144
CONSTULOSE.....	167	DEBLITANE.....	198	<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i>	162
COPIKTRA.....	70	<i>deferasirox</i>	161	<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i>	163
CORLANOR.....	135	<i>deferiprone</i>	161	<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i>	163
CORTROPHIN.....	178	<i>deferiprone (3 times a day)</i>	161	<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>	163
COSENTYX (2 SYRINGES)	209	DELSTRIGO.....	94	<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i>	163
COSENTYX SENSOREADY (2		<i>demeclocycline hcl</i>	35	<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	163
PENS).....	209	DENTAL AND ORAL		<i>dextrose 5%-0.45% nacl-</i>	
COSENTYX SENSOREADY		AGENTS.....	151	<i>kcl</i>	164
PEN.....	209	Dental and Oral Agents.....	151	<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	163
COSENTYX SYRINGE.....	209	DEPO-ESTRADIOL.....	183	<i>dextrose 5%-1/2ns-kcl</i>	162
COSENTYX UNOREADY		DEPO-SUBQ PROVERA		<i>dextrose 5%-ns-kcl</i>	163
PEN.....	209	104.....	198	<i>dextrose in water</i>	163
COTELLIC.....	70	Dermatitis and Pruritus		DIACOMIT.....	37
CREON.....	172	Agents.....	153	<i>diazepam</i>	41,104
CRINONE.....	197	DERMATOLOGICAL		<i>diazoxide</i>	110
<i>cromolyn sodium</i>	172,230,239	AGENTS.....	151	<i>dichlorphenamide</i>	172
CROTAN.....	157	Dermatological Agents.....	156	<i>diclofenac epolamine</i>	17
CRYSELLE.....	187	Dermatological Agents,		<i>diclofenac potassium</i>	17
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	245	Other.....	156	<i>diclofenac sodium</i>	17,156,230
<i>cyclophosphamide</i>	62	DESCOVY.....	96,97	<i>diclofenac sodium er</i>	17
<i>cyclosporine</i>	213,227	<i>desipramine hcl</i>	52	<i>dicloxacillin sodium</i>	32
<i>cyclosporine modified</i>	213				

<i>dicyclomine hcl</i>	169	DOVATO.....	93	ELECTROLYTES/MINERALS/ METALS/VITAMINS.....	159
DIFICID.....	34	<i>doxazosin mesylate</i>	124	Electrolytes/Minerals/Metals/Vit amins.....	162
<i>diflorasone diacetate</i>	154	<i>doxepin hcl</i>	52,154	ELIGARD 22.5 MG SYRINGE.....	202
<i>difluprednate</i>	230	<i>doxercalciferol</i>	225	ELIGARD 30 MG SYRINGE.....	202
<i>digoxin</i>	127,135	DOXY 100.....	35	ELIGARD 45 MG SYRINGE.....	202
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	58	<i>doxycycline hyclate</i>	35,151	ELIGARD 7.5 MG SYRINGE.....	202
DILANTIN.....	44	<i>doxycycline monohydrate</i>	36	ELIQUIS.....	117
DILANTIN-125.....	44	<i>dronabinol</i>	54	ELMIRON.....	177
DILT-XR.....	132	<i>drospirenone-eth estro- levomef</i>	187	ELURYNG.....	188
<i>diltiazem 12hr er</i>	132	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	188	EMCYT.....	64
<i>diltiazem 24hr er</i>	132	DROXIA.....	64	Emetogenic Therapy Adjuncts.....	54
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	132	<i>droxidopa</i>	124	EMFLAZA.....	178
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	132	DUAVEE.....	199	EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE).....	59
<i>diltiazem hcl</i>	132	DULERA.....	243	EMGALITY PEN.....	59
<i>dimethyl fumarate</i>	148	<i>duloxetine hcl</i>	49	EMGALITY SYRINGE.....	59
<i>diphenoxyate-atropine</i>	168	DUPIXENT PEN.....	209	EMSAM.....	48
<i>diphtheria-tetanus toxoids- ped</i>	219	DUPIXENT SYRINGE.....	209	<i>emtricitabine</i>	96
<i>dipyridamole</i>	123	<i>dutasteride</i>	177	<i>emtricitabine-tenofovir disop</i>	96
<i>disopyramide phosphate</i>	127	Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives.....	139	EMTRIVA.....	96
<i>disulfiram</i>	23	Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors.....	139	<i>enalapril maleate</i>	126
Diuretics, Loop.....	137	Dyslipidemics, Other.....	140	<i>enalapril- hydrochlorothiazide</i>	135
Diuretics, Potassium- sparing.....	138	E		ENBREL.....	213
Diuretics, Thiazide.....	138	<i>ec-naproxen</i>	17	ENBREL MINI.....	213
DIURIL.....	138	<i>econazole nitrate</i>	55	ENBREL SURECLICK.....	214
<i>divalproex sodium</i>	37	EDURANT.....	94	ENDOCET.....	20
<i>divalproex sodium er</i>	38	<i>efavirenz</i>	95	ENGERIX-B ADULT.....	219
<i>dofetilide</i>	127	<i>efavirenz-emtric-tenofov</i> <i>disop</i>	94	ENGERIX-B PEDIATRIC- ADOLESCENT.....	219
DOJOLVI.....	161	<i>efavirenz-lamivu-tenofov</i> <i>disop</i>	95	ENILLORING.....	188
DOLISHALE.....	187	EGRIFTA SV.....	180	<i>enoxaparin sodium</i>	117
<i>donepezil hcl</i>	45	Electrolyte/Mineral Replacement.....	159	ENPRESSE.....	188
<i>donepezil hcl odt</i>	46	Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers.....	161	ENSKYCE.....	188
Dopamine Agonists.....	82				
Dopamine Precursors and/or L- Amino Acid Decarboxylase Inhibitors.....	83				
DOPTELET.....	123				
<i>dorzolamide hcl</i>	232				
<i>dorzolamide-timolol</i>	227				
DOTTI.....	183				

ENSPRYNG.....	148	<i>ethosuximide</i>	40	<i>flecainide acetate</i>	128
<i>entacapone</i>	82	<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i>	188	FLOVENT DISKUS.....	234
<i>entecavir</i>	100	<i>etodolac</i>	17	<i>fluconazole</i>	55,56
ENTRESTO.....	136	<i>etonogestrel-ethinyl</i>		<i>fluconazole in saline</i>	56
ENULOSE.....	167	<i>estradiol</i>	188	<i>fluconazole-nacl</i>	56
EPCLUSA.....	100,101	<i>etravirine</i>	95	<i>flucytosine</i>	56
EPIDIOLEX.....	38	EUTHYROX.....	199	<i>fludrocortisone acetate</i>	178
<i>epinephrine</i>	237	<i>everolimus</i>	71,214	<i>flunisolide</i>	234
EPITOL.....	44	EVOTAZ.....	98	<i>fluocinolone acetonide</i>	154
<i>eplerenone</i>	138	<i>exemestane</i>	68	<i>fluocinolone acetonide oil</i>	233
EPOGEN.....	119	EXKIVITY.....	65	<i>fluocinonide</i>	154
EPRONTIA.....	38	EYSUVIS.....	230	<i>fluocinonide-e</i>	154
ERAXIS (WATER DILUENT).....	55	<i>ezetimibe</i>	140	<i>fluorometholone</i>	230
<i>ergoloid mesylates</i>	45	F		<i>fluorouracil</i>	156
Ergot Alkaloids.....	58	FALMINA.....	188	<i>fluoxetine hcl</i>	49,50
ERIVEDGE.....	71	<i>famciclovir</i>	102	<i>fluphenazine decanoate</i>	84
ERLEADA.....	62	<i>famotidine</i>	170	<i>fluphenazine hcl</i>	84
<i>erlotinib hcl</i>	71	FANAPT.....	88	<i>flurbiprofen sodium</i>	230
ERMEZA.....	199	FASENRA.....	243	<i>fluticasone propionate</i>	154,234
ERRIN.....	198	FASENRA PEN.....	243	<i>fluticasone propionate</i>	
<i>ertapenem</i>	33	<i>felbamate</i>	38	<i>hfa</i>	234,235
ERYTHROCIN		<i>felodipine er</i>	131	<i>fluticasone-salmeterol</i>	244
LACTOBIONATE.....	34	FEMRING.....	184	<i>fluticasone-vilanterol</i>	244
<i>erythromycin</i>	34,158,228	<i>fenofibrate</i>	139	<i>fluvoxamine maleate</i>	50
<i>erythromycin-benzoyl</i>		<i>fenofibric acid</i>	139	FML FORTE.....	230
<i>peroxide</i>	152	<i>fentanyl</i>	18	<i>fondaparinux sodium</i>	117
ESBRIET.....	242	<i>fentanyl citrate</i>	20	FORTEO.....	225
<i>escitalopram oxalate</i>	49	FERRIPROX.....	161	<i>fosamprenavir calcium</i>	98
<i>esomeprazole magnesium</i>	171	<i>fesoterodine fumarate er</i>	175	<i>fosfomycin tromethamine</i>	27
ESTARYLLA.....	188	FETZIMA.....	49	<i>fosinopril sodium</i>	126
ESTRACE.....	183	Fibromyalgia Agents.....	147	<i>fosinopril-</i>	
<i>estradiol</i>	183	FILSPARI.....	126	<i>hydrochlorothiazide</i>	136
<i>estradiol (once weekly)</i>	183,184	<i>finasteride</i>	177	FOSRENOL.....	166
<i>estradiol (twice weekly)</i>	184	<i>ingolimod</i>	148	FOTIVDA.....	71
<i>estradiol valerate</i>	184	FINTEPLA.....	36	FRAGMIN.....	117
<i>estradiol-norethindrone</i>		FINZALA.....	188	FULPHILA.....	120
<i>acetat</i>	188	FIRMAGON.....	203	<i>furosemide</i>	137
ESTRING.....	184	FLAREX.....	230	FUZEON.....	97
Estrogens.....	183	<i>flavoxate hcl</i>	175	FYAVOLV.....	188
<i>eszopiclone</i>	245	FLEBOGAMMA DIF.....	206	FYCOMPA.....	38
<i>ethambutol hcl</i>	61			FYLNETRA.....	120

G	Genitourinary Agents, Other	177	GVOKE PFS 2-PACK	
<i>gabapentin</i>		41,42	GENOTROPIN	180
GALAFOLD		172	<i>gentamicin sulfate</i>	25,229
<i>galantamine er</i>		46	<i>gentamicin sulfate in ns</i>	25
<i>galantamine hbr</i>		46	GENVOYA	93
<i>galantamine hydrobromide</i>		46	GILENYA	148
Gamma-aminobutyric Acid			GILOTRIF	71
(GABA) Augmenting Agents		41	GIMOTI	53
GAMMAGARD LIQUID		206	GLASSIA	172
GAMMAGARD S-D		206	<i>glatiramer acetate</i>	148
GAMMAKED		207	GLATOPA	149
GAMMAPLEX		207	GLEOSTINE	65
GAMUNEX-C		207	<i>glimepiride</i>	106
GARDASIL 9		219	<i>glipizide</i>	106
GASTROINTESTINAL			<i>glipizide er</i>	106,107
AGENTS		167	<i>glipizide xl</i>	107
Gastrointestinal Agents,			<i>glipizide-metformin</i>	107
Other		169	GLUCAGON EMERGENCY	
<i>gatifloxacin</i>		229	KIT	110
GATTEX 5 MG INJECTION		169	Glucocorticoids	224
<i>gauze pads & dressings - pads</i>			<i>glucose in water</i>	163
2 x 2		247	<i>glyburide</i>	107
GAVILYTE-C		169	<i>glyburide-metformin hcl</i>	107
GAVILYTE-G		169	Glycemic Agents	110
GAVRETO		71	<i>glycopyrrolate</i>	169
<i>gefitinib</i>		71	GOLYTELY	169
GELNIQUE		175	<i>granisetron hcl</i>	54
<i>gemfibrozil</i>		139	GRANIX	120
GEMMILY		188	GRASTEK	208
GENERLAC		167	<i>griseofulvin</i>	56
GENETIC OR ENZYME OR			<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	56
PROTEIN DISORDER:			<i>guanfacine hcl</i>	124
REPLACEMENT, MODIFIERS,			<i>guanfacine hcl er</i>	145
TREATMENT		171	GVOKE	110
Genetic or Enzyme or Protein			GVOKE HYPOPEN 1-	
Disorder: Replacement,			PACK	110,111
Modifiers, Treatment		171	GVOKE HYPOPEN 2-	
GENGRAF		214	PACK	111
GENITOURINARY			GVOKE PFS 1-PACK	
AGENTS		175	SYRINGE	111
			H	
			HAEGARDA	206
			HAILEY 24 FE	189
			<i>halobetasol propionate</i>	154
			HALOETTE	189
			<i>haloperidol</i>	85
			<i>haloperidol decanoate</i>	85
			<i>haloperidol decanoate 100</i>	85
			<i>haloperidol lactate</i>	85
			HAVRIX	219
			HEMADY	178
			Hemostasis Agents	123
			<i>heparin sodium</i>	118
			HEPLISAV-B	219
			HIBERIX	219
			Histamine2 (H2) Receptor	
			Antagonists	170
			HORMONAL AGENTS,	
			STIMULANT/REPLACEMENT/	
			MODIFYING (ADRENAL)	178
			Hormonal Agents,	
			Stimulant/Replacement/Modifi	
			ng (Adrenal)	178
			HORMONAL AGENTS,	
			STIMULANT/REPLACEMENT/	
			MODIFYING (PITUITARY)	180
			Hormonal Agents,	
			Stimulant/Replacement/Modifi	
			ng (Pituitary)	180
			HORMONAL AGENTS,	
			STIMULANT/REPLACEMENT/	
			MODIFYING (SEX	
			HORMONES/MODIFIERS)	182
			Hormonal Agents,	
			Stimulant/Replacement/Modifi	
			ng (Sex	
			Hormones/Modifiers)	185

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)...	199	HUMIRA(CF).....	214	ICLUSIG.....	72
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifi ng (Thyroid).....	199	HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S.....	215	<i>icosapent ethyl</i>	140
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL).....	202	HUMIRA(CF) PEN.....	215	IDHIFA.....	67
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal).....	202	HUMIRA(CF) PEN CROHN'S- UC-HS.....	215	ILUMYA.....	210
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY).....	202	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....	215	<i>imatinib mesylate</i>	72
Hormonal Agents, Suppressant (Pituitary).....	202	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS.....	215	IMBRUVICA.....	72
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....	205	HUMULIN 70-30.....	112	<i>imipenem-cilastatin sodium</i>	33
HUMALOG.....	112	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	112	<i>imipramine hcl</i>	52
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	112	HUMULIN N.....	113	<i>imiquimod</i>	156
HUMALOG KWIKPEN U- 100.....	112	HUMULIN N KWIKPEN.....	113	Immunoglobulins.....	206
HUMALOG KWIKPEN U- 200.....	112	HUMULIN R.....	113	IMMUNOLOGICAL AGENTS.....	205
HUMALOG MIX 50-50.....	112	<i>hydralazine hcl</i>	142	Immunological Agents.....	208
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	112	<i>hydrochlorothiazide</i>	138	Immunological Agents, Other.....	208
HUMALOG MIX 75-25.....	112	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> 10-325mg.....	20	Immunostimulants.....	212
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	112	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> 5- 325mg.....	20	Immunosuppressants.....	213
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	112	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> 7.5-325mg.....	20	IMOVAX RABIES VACCINE.....	219
HUMATROPE.....	180	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	21	IMVEXXY.....	184
HUMIRA.....	214	<i>hydrocortisone</i>	155,224	INCASSIA.....	198
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S.....	214	<i>hydrocortisone butyrate</i>	155	INCRELEX.....	180
HUMIRA PEN.....	214	<i>hydrocortisone valerate</i>	155	<i>indapamide</i>	139
HUMIRA PEN CROHN'S-UC- HS.....	214	<i>hydromorphone hcl</i>	21	<i>indomethacin</i>	18
HUMIRA PEN PSOR-UEITS- ADOL HS.....	214	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	81	INFANRIX DTAP.....	220
		<i>hydroxyurea</i>	64	INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....	223
		<i>hydroxyzine hcl</i>	103	INLYTA.....	72
		<i>hydroxyzine pamoate</i>	104	INQOVI.....	67
		HYFTOR.....	215	INREBIC.....	72
				<i>insulin aspart</i>	113
		<i>ibandronate sodium</i>	225	<i>insulin aspart flexpen</i>	113
		IBRANCE.....	71	<i>insulin aspart penfill</i>	113
		IBU.....	18	<i>insulin aspart prot mix 70- 30</i>	113
		<i>ibuprofen</i>	18	<i>insulin degludec</i>	113
		<i>icatibant</i>	206	<i>insulin degludec pen (u- 100)</i>	113
		ICLEVIA.....	189	<i>insulin degludec pen (u- 200)</i>	113
				<i>insulin glargine</i>	113

<i>insulin glargine solostar</i>	114	<i>isosorbide mononitrate</i>	142	<i>ketoconazole</i>	56
<i>insulin glargine-yfgn</i>	114	<i>isosorbide mononitrate er</i> ...	142	<i>ketorolac tromethamine</i>	230
<i>insulin lispro</i>	114	<i>isotretinoin</i>	152	KEVEYIS.....	173
<i>insulin lispro junior kwikpen</i> ..	114	ISTURISA.....	203	KEVZARA.....	210
<i>insulin lispro kwikpen u-100</i> ..	114	<i>itraconazole</i>	56	KINERET.....	210
<i>insulin lispro protamine mix</i> ..	114	<i>ivermectin</i>	80	KINRIX.....	220
<i>insulin pen needle</i>	247	IXIARO.....	220	KISQALI.....	73
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3</i>				KISQALI FEMARA CO-	
<i>ml</i>	247	J		PACK.....	67
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2</i>		JAKAFI.....	72	KLOR-CON 10.....	159
<i>ml</i>	247	<i>jantoven</i>	118	KLOR-CON 8.....	159
<i>insulin syringe (disp) u-100</i>		JANUMET.....	108	KLOXXADO.....	23
<i>1ml</i>	247	JANUMET XR.....	108	KORLYM.....	202
Insulins.....	111	JANUVIA.....	108	KOSELUGO.....	73
INTELENCE.....	95	JARDIANCE.....	108	KRAZATI.....	66
INTRALIPID.....	163	JASMIEL.....	189	KRINTAFEL.....	81
INTRAROSA.....	189	JAVYGTOR.....	173	KRISTALOSE.....	167
INTROVALE.....	189	JAYPIRCA.....	65	KURVELO.....	190
INVEGA HAFYERA.....	88	JINTELI.....	189	KYLEENA.....	190
INVEGA SUSTENNA.....	88	JOYEAUX.....	189		
INVEGA TRINZA.....	89	JULEBER.....	189	L	
INVOKAMET.....	107	JULUCA.....	94	<i>labetalol hcl</i>	129
INVOKAMET XR.....	107	JUNEL.....	189	<i>lacosamide</i>	44
INVOKANA.....	108	JUNEL FE.....	189	LACRISERT.....	227
IOPIDINE.....	232	JUNEL FE 24.....	190	<i>lactulose</i>	167
IPOL.....	220	JUXTAPID.....	140,141	<i>lamivudine</i>	96,100
<i>ipratropium bromide</i>	236	JYNARQUE.....	161	<i>lamivudine hbv</i>	100
<i>ipratropium-albuterol</i>	244	JYNNEOS (NATIONAL		<i>lamivudine-zidovudine</i>	96
<i>irbesartan</i>	125	STOCKPILE).....	220	<i>lamotrigine</i>	38
<i>irbesartan-</i>				<i>lamotrigine (blue)</i>	39
<i>hydrochlorothiazide</i>	136	K		<i>lamotrigine (green)</i>	39
ISENTRESS.....	93,94	KAITLIB FE.....	190	<i>lamotrigine (orange)</i>	39
ISENTRESS HD.....	94	KALYDECO.....	238	<i>lansoprazol-amoxicil-</i>	
ISIBLOOM.....	189	KARIVA.....	190	<i>clarithro</i>	169
ISOLYTE P WITH		<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i>	164	<i>lansoprazole</i>	171
DEXTROSE.....	163	<i>kcl-d5w-0.225% nacl</i>	164	<i>lanthanum carbonate</i>	166
ISOLYTE S.....	159	<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	164	LANTUS.....	114
<i>isoniazid</i>	61	<i>kcl-d5w-0.9% nacl</i>	164	LANTUS SOLOSTAR.....	114
<i>isopropyl alcohol 0.7 ml/ml</i>		KELNOR 1-35.....	190	<i>lapatinib</i>	73
<i>medicated pad</i>	247	KELNOR 1-50.....	190	LARIN.....	190
<i>isosorbide dinitrate</i>	142	KERENDIA.....	138	LARIN FE.....	190

<i>latanoprost</i>	233	LILETTA.....	191	LUPRON DEPOT	
LAYOLIS FE.....	190	<i>linezolid</i>	27	(LUPANETA).....	203
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	101	<i>linezolid-d5w</i>	27	LUPRON DEPOT-PED.....	203
LEENA.....	190	LINZESS.....	167	<i>lurasidone hcl</i>	89
<i>leflunomide</i>	215	<i>liothyronine sodium</i>	200	LUTERA.....	192
<i>lenalidomide</i>	63	<i>lisinopril</i>	126	LYBALVI.....	89
LENVIMA.....	73	<i>lisinopril-</i>		LYLEQ.....	198
LESSINA.....	190	<i>hydrochlorothiazide</i>	136	LYLLANA.....	184
<i>letrozole</i>	69	<i>lithium</i>	105	LYNPARZA.....	74
<i>leucovorin calcium</i>	80	<i>lithium carbonate</i>	105	LYSODREN.....	202
LEUKERAN.....	62	<i>lithium carbonate er</i>	105	LYTGOBI.....	66
LEUKINE.....	120	<i>lithium citrate</i>	105	LYUMJEV.....	115
<i>leuprolide acetate</i>	203	LITHOSTAT.....	177	LYUMJEV KWIKPEN U-	
<i>leuprolide depot</i>	203	LIVTENCITY.....	99	100.....	115
<i>levabuterol concentrate</i>	237	LO LOESTRIN FE.....	191	LYUMJEV KWIKPEN U-	
<i>levabuterol hcl</i>	237	Local Anesthetics.....	22	200.....	115
<i>levabuterol tartrate hfa</i>	237	LOESTRIN.....	191	LYZA.....	198
LEVEMIR.....	114	LOESTRIN FE.....	191		
LEVEMIR FLEXPEN.....	114	LONSURF.....	67	M	
LEVEMIR FLEXTOUCH.....	114	<i>loperamide</i>	168	M-M-R II VACCINE.....	220
<i>levetiracetam</i>	39	<i>lopinavir-ritonavir</i>	98	Macrolides.....	33
<i>levetiracetam er</i>	39	<i>lorazepam</i>	104	<i>magnesium sulfate</i>	159,164
<i>levobunolol hcl</i>	231	LORAZEPAM INTENSOL.....	104	<i>malathion</i>	157
<i>levocarnitine</i>	164	LORBRENA.....	73,74	<i>maraviroc</i>	97
<i>levocetirizine</i>		LORYNA.....	191	MARLISSA.....	192
<i>dihydrochloride</i>	235	<i>losartan potassium</i>	125	MARPLAN.....	48
<i>levofloxacin</i>	34,229	<i>losartan-</i>		Mast Cell Stabilizers.....	239
<i>levofloxacin-d5w</i>	35	<i>hydrochlorothiazide</i>	136	MATULANE.....	62
LEVONEST.....	190	LOSEASONIQUE.....	191	MAVENCLAD.....	149
<i>levonorg-eth estrad eth</i>		LOTEMAX.....	231	MAVYRET.....	101
<i>estrad</i>	191	<i>loteprednol etabonate</i>	231	MAYZENT.....	149
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	191	<i>lovastatin</i>	139	<i>meclizine hcl</i>	53
LEVORA-28.....	191	LOW-OGESTREL.....	192	<i>medroxyprogesterone</i>	
<i>levorphanol tartrate</i>	19	<i>loxapine</i>	85	<i>acetate</i>	198
<i>levothyroxine sodium</i>	200	<i>lubiprostone</i>	167	<i>mefloquine hcl</i>	81
LEVOXYL.....	200	LUCEMYRA.....	23	<i>megestrol acetate</i>	198
LEXIVA.....	98	LUMAKRAS.....	66	<i>megestrol acetate 400mg/10ml</i>	
<i>lidocaine</i>	22	LUMIGAN.....	233	<i>oral suspension</i>	198
<i>lidocaine hcl</i>	22	LUPKYNIS.....	215	MEKINIST.....	74
<i>lidocaine hcl viscous</i>	22	LUPRON DEPOT.....	203	MEKTOVI.....	74
<i>lidocaine-prilocaine</i>	22			<i>meloxicam</i>	18

<i>memantine hcl</i>	46	<i>metoclopramide hcl</i>	53	<i>moxifloxacin hcl</i>	35
<i>memantine hcl er</i>	46,47	<i>metolazone</i>	139	MULTAQ.....	128
MENACTRA.....	220	<i>metoprolol succinate</i>	130	<i>multiple electrolytes t1</i>	
MENEST.....	185	<i>metoprolol tartrate</i>	130	<i>ph5.5</i>	159
MENOSTAR.....	185	<i>metoprolol-</i>		Multiple Sclerosis Agents...	148
MENQUADFI.....	220	<i>hydrochlorothiazide</i>	136	<i>mupirocin</i>	158
MENVEO A-C-Y-W-135-		<i>metronidazole</i>	27	MYALEPT.....	169
DIP.....	220	<i>metyrosine</i>	136	<i>mycophenolate mofetil</i>	216
<i>mepерidine hcl</i>	21	<i>mexiletine hcl</i>	128	<i>mycophenolic acid</i>	216
<i>meprobamate</i>	104	MIBELAS 24 FE.....	192	MYFEMBREE.....	204
<i>mercaptapurine</i>	64	<i>micalungin</i>	56	MYFORTIC.....	216
<i>meropenem</i>	33	<i>miconazole 3</i>	56	MYRBETRIQ.....	176
MERZEE.....	192	MICROGESTIN.....	192	MYTESI.....	168
<i>mesalamine</i>	223	MICROGESTIN 24 FE.....	192		
<i>mesalamine dr</i>	223	MICROGESTIN FE.....	192	N	
<i>mesalamine er</i>	223	<i>midodrine hcl</i>	124	N-methyl-D-aspartate (NMDA)	
MESNEX.....	80	MIGERGOT.....	58	Receptor Antagonist.....	46
METABOLIC BONE DISEASE		<i>miglustat</i>	173	<i>nabumetone</i>	18
AGENTS.....	224	MILI.....	192	<i>nadolol</i>	130
Metabolic Bone Disease		MIMVEY.....	192	<i>nafcillin sodium</i>	32
Agents.....	224	<i>minocycline hcl</i>	36	<i>naftifine hcl</i>	56
<i>metformin hcl</i>	108	<i>minoxidil</i>	142	<i>naloxone hcl</i>	24
<i>metformin hcl er</i>	108	MIRENA.....	192	<i>naltrexone hcl</i>	23
<i>methadone hcl</i>	19	<i>mirtazapine</i>	47	<i>naproxen</i>	18
<i>methazolamide</i>	232	<i>misoprostol</i>	170	<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	59
<i>methimazole</i>	205	<i>modafinil</i>	246	<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	59
<i>methocarbamol</i>	245	<i>moexipril hcl</i>	126	NARCAN.....	24
<i>methotrexate</i>	215	Molecular Target Inhibitors...	69	NATACYN.....	229
<i>methotrexate sodium</i>	216	<i>molindone hcl</i>	85	NATAZIA.....	192
<i>methoxsalen</i>	156	<i>mometasone furoate</i>	155	<i>nateglinide</i>	109
<i>methsuximide</i>	40	Monoamine Oxidase B (MAO-		NATPARA.....	225
<i>methylphenidate</i>	145	B) Inhibitors.....	84	NAYZILAM.....	42
<i>methylphenidate er</i>	145	Monoamine Oxidase		<i>nebivolol hcl</i>	130
<i>methylphenidate er (la)</i>	144,145	Inhibitors.....	48	NECON.....	193
<i>methylphenidate hcl</i>	145	<i>montelukast sodium</i>	235	<i>needles, insulin disp.,</i>	
<i>methylphenidate hcl cd</i>	146	Mood Stabilizers.....	105	<i>safety</i>	247
<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	146	<i>morphine sulfate</i>	21	<i>nefazodone hcl</i>	50
<i>methylphenidate la</i>	144,146	<i>morphine sulfate er</i>	19	NEO-POLYCIN.....	227
<i>methylphenidate sr</i>	146	MOUNJARO.....	108	NEO-POLYCIN HC.....	227
<i>methylprednisolone</i>	179	MOVANTIK.....	167	<i>neomycin sulfate</i>	25
<i>methyltestosterone</i>	182	<i>moxifloxacin</i>	229		

<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	227	Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs	17	NYMALIZE 60 MG/10ML ORAL SYRINGE	131
<i>neomycin-bacitracin- polymyxin</i>	227	NORA-BE	198	NYMYO	194
<i>neomycin-polymyxin- dexameth</i>	227	NORDITROPIN FLEXPEN	180	<i>nystatin</i>	57
<i>neomycin-polymyxin- gramicidin</i>	227	NORDITROPIN FLEXPEN 30 MG/3 ML	181	<i>nystatin-triamcinolone</i>	156
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	227,233	<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>	193	NYSTOP	57
<i>neomycin-polymyxin- hydrocort</i>	233	<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>	193	NYVEPRIA	121
NEORAL	216	<i>norethindrone</i>	198	OCALIVA	169
NERLYNX	74	<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	198	OCELLA	194
NEUAC	152	<i>norethindrone acetate</i>	198	OCTAGAM	207
NEULASTA	120	<i>norethindrone-e.estradiol- iron</i>	193	<i>octreotide acetate</i>	204
NEUPOGEN	120	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	193	ODACTRA	208
NEUPRO	83	NORTREL	194	ODEFSEY	96
NEVANAC	231	<i>nortriptyline hcl</i>	52	ODOMZO	74
<i>nevirapine</i>	95	NORVIR	99	OFEV	242
<i>nevirapine er</i>	95	NOVOLIN 70-30	115	<i>ofloxacin</i>	35,229,233
NEXLETOL	136	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	115	OJJAARA	74
NEXLIZET	141	NOVOLIN N	115	<i>olanzapine</i>	89
NEXPLANON	193	NOVOLIN N FLEXPEN	115	<i>olanzapine odt</i>	89
NEXTSTELLIS	193	NOVOLIN R	115	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	47
<i>niacin er</i>	141	NOVOLIN R FLEXPEN	115	<i>olmesartan medoxomil</i>	125
NICOTROL	24	NOVOLOG	115	<i>olmesartan- hydrochlorothiazide</i>	136
NICOTROL NS	24	NOVOLOG FLEXPEN	116	<i>olopatadine hcl</i>	230
<i>nifedipine</i>	131	NOVOLOG MIX 70-30	116	OLUMIANT	210
<i>nifedipine er</i>	131	NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	116	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	141
NIKKI	193	NOVOLOG PENFILL	116	<i>omeprazole</i>	171
<i>nilutamide</i>	63	NUBEQA	63	OMNITROPE	181
<i>nimodipine</i>	131	NUCALA	244	<i>ondansetron hcl</i>	54
NINLARO	67	NUDEXTA	147	<i>ondansetron odt</i>	54
<i>nitazoxanide</i>	81	NUPLAZID	89	ONGENTYS	82
NITRO-BID	142	NUTRILIPID	165	ONUREG	64
<i>nitrofurantoin</i>	27	NUTROPIN AQ NUSPIN	181	OPHTHALMIC AGENTS	226
<i>nitrofurantoin mono-macro</i>	27	NUVARING	194	Ophthalmic Agents	226
<i>nitroglycerin</i>	142	NYAMYC	57	Ophthalmic Agents, Other	227
<i>nitroglycerin patch</i>	143	NYLIA	194	Ophthalmic Anti-allergy Agents	229
NITROSTAT	143			Ophthalmic Anti-Infectives	228
NIVESTYM	120				
<i>nizatidine</i>	170				

Ophthalmic Anti-inflammatory	230	OXBRYTA	121	PEMAZYRE	66
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents	231	<i>oxcarbazepine</i>	44	<i>penciclovir</i>	158
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other	232	OXERVATE	228	<i>penicillamine</i>	177
Ophthalmic Prostaglandin and Prostamide Analogs	233	<i>oxiconazole nitrate</i>	57	<i>penicillin g potassium</i>	32
Opioid Analgesics, Long-acting	18	OXISTAT	57	<i>penicillin g sodium</i>	32
Opioid Analgesics, Short-acting	20	<i>oxybutynin chloride</i>	176	<i>penicillin gk-iso-osm dextrose</i>	32
Opioid Dependence	23	<i>oxybutynin chloride er</i>	176	<i>penicillin v potassium</i>	32
Opioid Reversal Agents	23	<i>oxycodone hcl</i>	21	PENTACEL	221
OPSUMIT	240	<i>oxycodone hcl er</i>	19	<i>pentamidine isethionate</i>	81
ORALAIR 300 MG SUBLINGUAL TABLET	208	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	21	PENTASA	223
ORENCIA	210	<i>oxymorphone hcl</i>	22	<i>pentoxifylline</i>	137
ORENCIA CLICKJECT	210	<i>oxymorphone hcl er</i>	19,20	<i>perindopril erbumine</i>	126
ORENITRAM ER	240	OXYTROL	176	<i>permethrin</i>	157
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	241	OZEMPIC	109	<i>perphenazine</i>	85
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	241	P		<i>perphenazine-amitriptyline</i>	48
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	241	PACERONE	128	PERSERIS	90
ORGOVYX	204	<i>paliperidone er</i>	89,90	PERTZYE	173
ORIAHNN	204	PALYNZIQ	173	<i>phenelzine sulfate</i>	48
ORKAMBI	238	PANCREAZE	173	<i>phenobarbital</i>	42
ORLADEYO	206	PANRETIN	79	<i>phenoxybenzamine hcl</i>	125
<i>orphenadrine citrate er</i>	245	<i>pantoprazole sodium</i>	171	PHENYTEK	44
ORSERDU	74	PANZYGA	207	<i>phenytoin</i>	44
ORTHO MICRONOR	199	PARAGARD T 380-A	162	<i>phenytoin sodium extended</i>	45
<i>oseltamivir phosphate</i>	101,102	Parasympathomimetics	60	Phosphate Binders	165
OTEZLA	157,210	<i>paricalcitol</i>	225	Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease	239
OTIC AGENTS	233	<i>paromomycin sulfate</i>	25	PIFELTRO	95
Otic Agents	233	<i>paroxetine hcl</i>	50	<i>pilocarpine hcl</i>	151,232
<i>oxacillin</i>	32	PAXLOVID 150-100 MG DOSE	103	<i>pimecrolimus</i>	155
<i>oxacillin sodium</i>	32	PACK	103	<i>pimozide</i>	85
<i>oxazepam</i>	105	PAXLOVID 300-100 MG DOSE	103	PIMTREA	194
		PACK	103	<i>pindolol</i>	130
		<i>pazopanib hcl</i>	75	<i>pioglitazone hcl</i>	109
		PEDIARIX	220	<i>piperacillin-tazobactam</i>	32
		Pediculicides/Scabicides	157	PIQRAY	75
		PEDVAXHIB	221	<i>pirfenidone</i>	242
		<i>peg 3350-electrolyte</i>	169	<i>piroxicam</i>	18
		<i>peg-3350 and electrolytes</i>	170	PLASMA-LYTE 148	159
		<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	170	PLASMA-LYTE A PH 7.4	159
		PEGASYS	212		

Platelet Modifying Agents	123	<i>prednisone</i>	179	<i>propranolol hcl</i>	130
PLEGRIDY	149	PREDNISONE INTENSOL	179	<i>propranolol hcl er</i>	130
PLEGRIDY PEN	149	PREFEST	194	<i>propylthiouracil</i>	205
PLENAMINE	173	<i>pregabalin</i>	40,41	PROQUAD	221
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	50	<i>pregabalin er</i>	147	PROSOL	165
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	50	PREHEVBRIO	221	Protectants	170
<i>podofilox</i>	157	PREMARIN	185	Proton Pump Inhibitors	171
POLYCIN	226	PREMASOL	165	<i>protriptyline hcl</i>	52
<i>polymyxin b sul-</i>		PREMPHASE	194	PULMICORT FLEXHALER	235
<i>trimethoprim</i>	227	PREMPRO	194	Pulmonary	
<i>polymyxin b sulfate</i>	27	<i>prenatal vitamin with minerals</i>		Antihypertensives	240
POMALYST	63	<i>and folic acid greater than 0.8</i>		Pulmonary Fibrosis Agents	242
PONVORY	149	<i>mg oral tablet</i>	165	PULMOZYME	238
PORTIA	194	PREVALITE	141	PURIXAN	64
<i>posaconazole</i>	57	PREVYMIS	99	<i>pyrazinamide</i>	61
Potassium Binders	166	PREZCOBIX	99	<i>pyridostigmine bromide</i>	60
<i>potassium chloride</i>	159	PREZISTA	99	<i>pyridostigmine bromide er</i>	60
<i>potassium chloride in d5lr</i>	164	PRIFTIN	61	<i>pyrimethamine</i>	81
<i>potassium chloride proamp</i>	160	<i>primaquine</i>	81	PYRUKYND	121
<i>potassium chloride-0.45%</i>		<i>primidone</i>	42	PYRUKYND 20 MG	
<i>nacl</i>	160	PRIORIX	221	TABLET	121
<i>potassium chloride-0.9%</i>		PRIVIGEN	208	PYRUKYND 50 MG	
<i>nacl</i>	160	<i>probenecid</i>	58	TABLET	122
<i>potassium chloride-dextrose</i>		<i>probenecid-colchicine</i>	58	PYRUKYND 5MG TABLET	122
<i>5%</i>	164	<i>prochlorperazine</i>	53		
<i>potassium chloride-water</i>	160	<i>prochlorperazine maleate</i>	53	Q	
<i>potassium citrate er</i>	160	PROCRIT	121	QBREXZA	156
PRADAXA	118	PROCTO-MED HC	155	QINLOCK	75
PRALUENT PEN	141	PROCTOSOL-HC	155	QUADRACEL DTAP-IPV	221
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	83	PROCTOZONE-HC	155	QUARTETTE	195
<i>prasugrel hcl</i>	124	<i>progesterone</i>	199	<i>quetiapine fumarate</i>	90
<i>pravastatin sodium</i>	139	Progestins	197	<i>quetiapine fumarate er</i>	90
<i>praziquantel</i>	80	PROGRAF	216	<i>quinapril hcl</i>	127
<i>prazosin hcl</i>	125	PROLASTIN C	173,174	<i>quinidine gluconate</i>	128
PRED MILD	231	PROLIA	225	<i>quinidine sulfate</i>	128
<i>prednisolone</i>	179	PROMACTA	121	<i>quinine sulfate</i>	81
<i>prednisolone acetate</i>	231	<i>promethazine hcl</i>	53	Quinolones	34
<i>prednisolone sodium phos</i>		PROMETHEGAN	54	QVAR REDHALER	235
<i>odt</i>	179	<i>propafenone hcl</i>	128		
<i>prednisolone sodium</i>		<i>propafenone hcl er</i>	128	R	
<i>phosphate</i>	179,231	Prophylactic	58	RABAVERT	221

<i>rabeprazole sodium</i>	171	<i>rifabutin</i>	61	Selective Estrogen Receptor
RADICAVA ORS.....	147	<i>rifampin</i>	61	Modifying Agents.....
<i>raloxifene hcl</i>	199	<i>riluzole</i>	147	<i>selegiline hcl</i>
<i>ramelteon</i>	245	<i>rimantadine hcl</i>	102	<i>selenium sulfide</i>
<i>ramipril</i>	127	RINVOQ.....	211	SELZENTRY.....
<i>ranolazine er</i>	137	<i>risedronate sodium</i>	226	SEREVENT DISKUS.....
RAPAMUNE.....	216,217	<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	226	SEROSTIM.....
<i>rasagiline mesylate</i>	84	(dose pack of 12).....	226	Serotonin (5-HT) Receptor
RAVICTI.....	174	RISPERDAL CONSTA.....	90	Agonists.....
RAYALDEE.....	226	<i>risperidone</i>	91	<i>sertraline hcl</i>
REBIF.....	150	<i>risperidone odt</i>	91	SETLAKIN.....
REBIF REBIDOSE.....	150	<i>ritonavir</i>	99	<i>sevelamer carbonate</i>
RECLIPSEN.....	195	<i>rivastigmine</i>	46	<i>sevelamer hcl</i>
RECOMBIVAX HB.....	221	RIVELSA.....	195	SHAROBEL.....
RECORLEV.....	204	<i>rizatriptan</i>	59	SHINGRIX.....
RECTIV.....	143	<i>roflumilast</i>	239	SIGNIFOR.....
REGRANEX.....	157	<i>ropinirole hcl</i>	83	SIKLOS.....
RELENZA.....	102	<i>rosuvastatin calcium</i>	140	<i>sildenafil</i>
RELEUKO.....	122	ROTARIX.....	221	<i>sildenafil citrate</i>
RELISTOR.....	168	ROTATEQ.....	222	SILIQ.....
RELYVRIO.....	147	ROZLYTREK.....	75	SILVADENE.....
<i>repaglinide</i>	109	RUBRACA.....	75	<i>silver sulfadiazine</i>
REPATHA PUSHTRONEX.....	141	<i>rufinamide</i>	45	SIMPONI.....
REPATHA SURECLICK.....	141	RUKOBIA.....	97	SIMPONI ARIA.....
REPATHA SYRINGE.....	141	RYBELSUS.....	109	<i>simvastatin</i>
Respiratory Tract Agents,		RYDAPT.....	75	<i>sirolimus</i>
Other.....	242			SIRTURO.....
RESPIRATORY		S		SIVEXTRO.....
TRACT/PULMONARY		SAFYRAL.....	195	SKELETAL MUSCLE
AGENTS.....	234	SAIZEN.....	181	RELAXANTS.....
RETACRIT.....	122	SAJAZIR.....	206	Skeletal Muscle Relaxants.....
RETEVMO.....	75	SANDIMMUNE.....	217	SKYLA.....
Retinoids.....	79	SANTYL.....	157	SKYRIZI.....
REVCOVI.....	174	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	174	SKYRIZI ON-BODY.....
REXULTI.....	90	SAVELLA.....	147,148	SKYRIZI PEN.....
REYATAZ.....	99	SCSEMBLIX.....	66	SKYTROFA.....
REZLIDHIA.....	68	<i>scopolamine</i>	54	SLEEP DISORDER
REZUROCK.....	208	SEASONIQUE.....	195	AGENTS.....
RHOPRESSA.....	232	SECUADO.....	91	Sleep Promoting Agents.....
<i>ribavirin</i>	101			SLYND.....
RIDAURA.....	210			

Smoking Cessation Agents . . .	24	STIMUFEND	122
<i>sod sulf-potass sulf-mag</i>		STIOLTO RESPIMAT	244
<i>sulf</i>	170	STIVARGA	76
Sodium Channel Agents	43	<i>streptomycin sulfate</i>	25
<i>sodium chloride</i>	160,165	STRIBILD	94
<i>sodium chloride-water</i>	161	STRIVERDI RESPIMAT	237
<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride</i>		SUBVENITE	39
<i>ion 1 mg) oral tablet</i>	161	SUBVENITE (BLUE)	39
<i>sodium oxybate</i>	246	SUBVENITE (GREEN)	39
<i>sodium phenylbutyrate</i>	174	SUBVENITE (ORANGE)	40
<i>sodium polystyrene</i>		<i>sucralfate</i>	171
<i>sulfonate</i>	166	<i>sulfacetamide sodium</i>	35,229
<i>sodium sulfacetamide</i>	35	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	228
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	101	<i>sulfadiazine</i>	35
<i>solifenacin succinate</i>	176	<i>sulfamethoxazole-</i>	
SOLIQUA 100-33	109	<i>trimethoprim</i>	35
SOLOSEC	28	SULFAMYLON	158
SOLTAMOX	64	<i>sulfasalazine</i>	223
SOMAVERT	204	<i>sulfasalazine dr</i>	224
<i>sorafenib</i>	76	Sulfonamides	35
SORINE	128	<i>sulindac</i>	18
<i>sotalol</i>	129	<i>sumatriptan</i>	59
SOTALOL AF	129	<i>sumatriptan succinate</i>	59,60
SOTYKTU	211	<i>sunitinib malate</i>	76
SOVALDI	101	SUNLENCA	97,98
SPIRIVA HANDIHALER	236	SUPPLIES	247
SPIRIVA RESPIMAT	236	Supplies	247
<i>spironolactone</i>	138	SUPREP	170
<i>spironolactone-hctz</i>	137	SUTAB	168
SPRINTEC	195	SYEDA	195
SPRITAM	39	SYMDEKO	239
SPRYCEL	76	SYMLINPEN 120	109
SPS	166	SYMLINPEN 60	109
SRONYX	195	SYMPAZAN	42
SSD	157	SYMTUZA	99
SSRIs/SNRIs (Selective		SYNAREL	205
Serotonin Reuptake		SYNDROS	54
Inhibitor/Serotonin and		SYNJARDY	109
Norepinephrine Reuptake		SYNRIBO	66
Inhibitor)	48	SYNTHROID	201
STELARA	211		

T

TABLOID	65
TABRECTA	68
<i>tacrolimus</i>	155,217
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca</i>	
<i>generic)</i>	241
TADLIQ	241
TAFINLAR	76
TAGRISSE	76
TAKHZYRO	206
TALTZ 80 MG/ML	
AUTOINJECTOR	211
TALTZ 80 MG/ML	
SYRINGE	211
TALZENNA	76,77
<i>tamoxifen citrate</i>	64
<i>tamsulosin hcl</i>	177
TAPERDEX	179
TARINA 24 FE	195
TARINA FE	196
TARINA FE 1-20 EQ	195
TARPEYO	208
TASCENSO ODT	150
TASIGNA	77
<i>tasimelteon</i>	245
TAVALISSE	124
TAVNEOS	208
<i>tazarotene</i>	152
TAZICEF	30
TAZORAC	152
TAZTIA XT	133
TAZVERIK	67
<i>tdvax</i>	222
TEFLARO	30
TEGSEDI	174
<i>telmisartan</i>	125
<i>temazepam</i>	245
TENIVAC	222
<i>tenofovir disoproxil</i>	
<i>fumarate</i>	100

TEPMETKO	68	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	227	TRI-VYLIBRA LO	196
<i>terazosin hcl</i>	125	TOBREX	229	<i>triamcinolone</i>	
<i>terbinafine hcl</i>	57	<i>tolcapone</i>	82	<i>acetamide</i>	151,155
<i>terconazole</i>	57	<i>tolterodine tartrate</i>	176	<i>triamterene-</i>	
<i>teriflunomide</i>	150	<i>tolterodine tartrate er</i>	176	<i>hydrochlorothiazid</i>	137
<i>teriparatide</i>	226	<i>tolvaptan</i>	162	<i>triazolam</i>	245
<i>testosterone</i>	182	Topical Anti-infectives	158	Tricyclics	51
<i>testosterone 10 mg gel</i>		<i>topiramate</i>	40	TRIDERM	156
<i>pump</i>	182	<i>toremifene citrate</i>	63	<i>trientine hcl</i>	162
<i>testosterone cypionate</i>	182	<i>torseamide</i>	138	<i>trifluoperazine hcl</i>	86
<i>testosterone enanthate</i>	183	TOUJEO MAX SOLOSTAR	116	<i>trifluridine</i>	103
<i>tetrabenazine</i>	147	TOUJEO SOLOSTAR	116	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	82
<i>tetracycline hcl</i>	36	TPN ELECTROLYTES	165	TRIKAFTA	239
Tetracyclines	35	TPN ELECTROLYTES II	165	<i>trimethobenzamide hcl</i>	54
THALOMID	63	TRACLEER	241	<i>trimethoprim</i>	28
<i>theophylline 80 mg/15ml oral</i>		<i>tramadol hcl</i>	22	<i>trimipramine maleate</i>	53
<i>solution</i>	240	<i>trandolapril</i>	127	TRINTELLIX	51
<i>theophylline anhydrous</i>	240	<i>tranexamic acid</i>	123	TRIUMEQ	96
<i>theophylline er</i>	240	<i>tranylcypropromine sulfate</i>	48	TRIUMEQ PD	96
THIOLA EC	177	TRAVASOL	165	TRIVORA-28	196
<i>thioridazine hcl</i>	86	<i>travoprost</i>	233	TRIZIVIR	96
<i>thiothixene</i>	86	<i>trazodone hcl</i>	50	TROPHAMINE	165
THYQUIDITY	201	Treatment Adjuncts	80	<i>tropium chloride</i>	176
TIADYLT ER	133	Treatment-Resistant	92	<i>tropium chloride er</i>	176
<i>tiagabine hcl</i>	42	TRECATOR	61	TRULANCE	168
TIBSOVO	77	TRELEGY ELLIPTA	244	TRULICITY	110
TICOVAC	222	TRELSTAR	205	TRUMENBA	222
<i>tigecycline</i>	28	TREMFYA	212	TUKYSA	77
TIGLUTIK	147	TRESIBA	116	TURALIO	77
TILIA FE	196	TRESIBA FLEXTOUCH U-		TWINRIX	222
<i>timolol maleate</i>	131,231	100	116	TYBLUME	196
<i>tinidazole</i>	28	TRESIBA FLEXTOUCH U-		TYBOST	98
<i>tiopronin</i>	177	200	116	TYDEMY	196
TIROSINT-SOL	201	<i>tretinoin</i>	80,152	TYMLOS	226
TIVICAY	94	TRI-ESTARYLLA	196	TYPHIM VI	222
TIVICAY PD	94	TRI-LEGEST FE	196	TYRVAYA	228
<i>tizanidine hcl</i>	93	TRI-LO-ESTARYLLA	196	TYVASO DPI	241
TOBI PODHALER	239	TRI-LO-SPRINTEC	196		
TOBRADEX	229	TRI-MILI	196	U	
<i>tobramycin</i>	229,239	TRI-SPRINTEC	196	UBRELVY	58
<i>tobramycin sulfate</i>	25	TRI-VYLIBRA	196	UDENYCA	122

UDENYCA	<i>verapamil hcl</i>	133	
AUTOINJECTOR.....	<i>verapamil sr</i>	133	X
UNITHROID.....	VERSACLOZ.....	92	XALKORI.....
UPTRAVI.....	VERZENIO.....	78	XARELTO.....
<i>ursodiol</i>	VESTURA.....	196	XATMEP.....
UZEDY.....	VIBERZI.....	168	XCOPRI.....
	VIBRAMYCIN.....	36	XELJANZ.....
V	VICTOZA 2-PAK.....	110	XELJANZ XR.....
VABOMERE.....	VICTOZA 3-PAK.....	110	XERMELO.....
Vaccines.....	VIENVA.....	197	XGEVA.....
<i>valacyclovir</i>	<i>vigabatrin</i>	43	XIFAXAN.....
VALCHLOR.....	VIGADRONE.....	43	XIIDRA.....
<i>valganciclovir hcl</i>	VIIBRYD.....	51	XOFLUZA.....
<i>valproic acid</i>	VIJOICE.....	78	XOLAIR.....
<i>valsartan</i>	<i>vilazodone hcl</i>	51	XOSPATA.....
<i>valsartan-</i>	VIOKACE.....	174	XPOVIO.....
<i>hydrochlorothiazide</i>	VIRACEPT.....	99	XTANDI.....
VALTOCO.....	VIREAD.....	100	XULANE.....
<i>vancomycin hcl</i>	VITRAKVI.....	78	XYREM.....
VANFLYTA.....	VIVITROL.....	23	XYWAV.....
VAQTA.....	VIZIMPRO.....	78	
<i>varenicline tartrate</i>	VONJO.....	78	Y
VARIVAX VACCINE.....	<i>voriconazole</i>	57	YARGESA.....
VASCEPA.....	VOSEVI.....	101	YASMIN 28.....
Vasodilators, Direct-acting	VOTRIENT.....	78	YAZ.....
Arterial.....	VRAYLAR.....	91,92	YF-VAX.....
Vasodilators, Direct-acting	VTAMA.....	157	YONSA.....
Arterial/Venous.....	VUITY.....	228	YUVAFEM.....
VELIVET.....	VUMERITY.....	150	
VEMLIDY.....	VYFEMLA.....	197	Z
VENCLEXTA.....	VYLIBRA.....	197	ZAFEMY.....
VENCLEXTA 10 MG	VYNDAMAX.....	174	<i>zafirlukast</i>
TABLET.....	VYNDAQEL.....	174	<i>zaleplon</i>
VENCLEXTA STARTING			ZARXIO.....
PACK.....	W		ZEGALOGUE
<i>venlafaxine besylate er</i>	Wakefulness Promoting		AUTOINJECTOR.....
<i>venlafaxine hcl</i>	Agents.....	246	ZEGALOGUE SYRINGE... 111
<i>venlafaxine hcl er</i>	<i>warfarin sodium</i>	118	ZEJULA.....
VENTAVIS.....	WELIREG.....	67	ZELBORAF.....
<i>verapamil er</i>	WIXELA INHUB.....	244	ZEMAIRA.....
<i>verapamil er pm</i>	WYMZYA FE.....	197	ZENATANE.....

ZENPEP.....	175
ZEPATIER.....	101
ZEPOSIA.....	150
ZERBAXA.....	30
<i>zidovudine</i>	97
ZIEXTENZO.....	123
<i>ziprasidone hcl</i>	92
<i>ziprasidone mesylate</i>	92
ZIRGAN.....	229
ZOLINZA.....	68
<i>zolmitriptan</i>	60
<i>zolmitriptan odt</i>	60
<i>zolpidem tartrate</i>	246
<i>zolpidem tartrate er</i>	246
ZOMACTON.....	181
ZONISADE.....	45
<i>zonisamide</i>	45
ZONTIVITY.....	119
ZORBTIVE.....	182
ZORTRESS.....	218
ZORYVE.....	157
ZOVIA 1-35.....	197
ZOVIA 1-35E.....	197
ZTALMY.....	43
ZYDELIG.....	79
ZYKADIA.....	79
ZYPREXA RELPREVV.....	92

خدمات مشتری OneCare

روش	خدمات مشتری - اطلاعات تماس
تماس بگیرید	1-877-412-2734 تماس با این شماره رایگان است. شما می‌توانید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با خدمات مشتری تماس بگیرید. خدمات مشتری همچنین دارای خدمات مترجم رایگان برای غیر انگلیسی زبانان است.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. شما می‌توانید 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته با خدمات مشتری تماس بگیرید.
فکس	1-714-246-8711
آدرس پستی	OneCare Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCareCS@caloptima.org
وبسایت	www.caloptima.org/onecare