

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

## فهرست داروهای تحت پوشش 2026 (لیست یا فهرست فرمولی داروها)

لطفا بخوانید: این سند حاوی اطلاعاتی در مورد داروهایی است که ما در این طرح پوشش می دهیم

این فهرست دارویی در تاریخ 04/21/2026 به روز شد.

برای اطلاعات به روز رسانی شده یا در صورت داشتن هرگونه پرسشی، با ما با شماره **1-877-412-2734 (711) TTY** ، در 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز تماس بگیرید یا از وبسایت ما بازدید کنید

[www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare)

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

## فهرست داروهای تحت پوشش 2026 (لیست و فهرست فرمولی داروها)

### معرفی

این سند فهرست داروهای تحت پوشش (همچنین به عنوان فهرست دارو شناخته می شود) نامیده می شود. این فهرست به شما اطلاع می دهد که کدام داروها تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete هستند. فهرست دارو همچنین به شما می گوید که آیا قوانین یا محدودیت خاصی در مورد داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete وجود دارد یا خیر. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

### فهرست مطالب

- A. اعلامیه سلب مسئولیت ..... 4
- B. (FAQ) پرسشهای متداول ..... 10
- B1. چه داروهایی در لیست داروهای تحت پوشش قرار دارند؟ (مافهرست داروهای تحت پوشش را به اختصار «فهرست دارو» می نامیم). ..... 10
- B2. آیا لیست دارو هرگز تغییر می کند؟ ..... 11
- B3. هنگامی که تغییری در فهرست دارو ایجاد می شود چه اتفاقی می افتد؟ ..... 12
- B4. آیا محدودیت یا انحصاری برای پوشش دارو یا اقدامات لازم برای دریافت داروهای خاص وجود دارد؟ ..... 13
- B5. چگونه می توانم بفهمم که داروی مورد نظر من محدودیت هایی دارد یا نیاز به انجام اقداماتی قبل از دریافت دارو وجود دارد؟ ..... 14
- B6. چه اتفاقی می افتد اگر CalOptima Health OneCare Complete قوانین خود را در مورد نحوه پوشش برخی داروها تغییر دهد (به عنوان مثال، مجوز قبلی، محدودیت های مقدار و/یا محدودیت های درمانی مرحله ای)؟ ..... 14
- B7. چگونه می توانم یک دارو را در فهرست داروها پیدا کنم؟ ..... 14
- B8. اگر دارویی که می خواهم مصرف کنم در لیست دارو نباشد چه می شود؟ ..... 15
- B9. اگر من یک عضو جدید CalOptima Health OneCare Complete باشم و نتوانم داروی خود را در فهرست دارو پیدا کنم یا در دریافت داروی خود مشکل داشته باشم، چه؟ ..... 15
- B10. آیا می توانم برای پوشش داروی خود استثناء درخواست کنم؟ ..... 16
- B11. چگونه می توانم درخواست استثناء کنم؟ ..... 17
- B12. چه مدت طول می کشد تا استثناء دریافت شود؟ ..... 17

اگر پرسشی دارید می توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



- B13. داروهای ژنریک چه داروهایی هستند؟..... 17
- B14. محصولات بیولوژیکی اصلی چیست و چگونه با بیوسیمیلارها مرتبط است؟..... 17
- B15. داروهای OTC چه داروهایی هستند؟..... 17
- B16. آیا CalOptima Health OneCare Complete محصولات OTC غیر دارویی را پوشش می دهد؟..... 18
- B17. آیا CalOptima Health OneCare Complete منابع طولانی مدت نسخه ها را پوشش می دهد؟..... 18
- B18. آیا می توانم داروهای نسخه ای را از داروخانه محلی خود در منزل تحویل گیرم؟..... 18
- B19. سهم هزینه یا copay من چیست؟..... 18
- C. مروری بر فهرست داروهای تحت پوشش..... 19
- C1. فهرست داروها بر اساس شرایط پزشکی..... 20
- D. فهرست داروهای تحت پوشش..... I-1

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## A. اعلامیه سلب مسئولیت

این لیستی از داروهایی است که اعضا می توانند در CalOptima Health OneCare Complete دریافت کنند.

Medicare Advantage تحت قرارداد Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در CalOptima Health OneCare یک سازمان Medicare تجدید قرارداد دارد. CalOptima Health OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی می کند و بر اساس نژاد، رنگ، منشاء ملی، سن، ناتوانی یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما سر بزنید [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare).

❖ شما همیشه می توانید فهرست بهروز رسانی شده داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete را به صورت آنلاین در [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) یا با تماس با 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، بررسی کنید. این تماس رایگان است.

❖ می توانید این سند را به صورت رایگان در قالب های دیگر مانند چاپ بزرگ، بریل یا صوتی دریافت کنید. با شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. این سند به صورت رایگان به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، فارسی، کره ای، چینی، عربی و روسی در دسترس است.

## اطلاعیه در مورد دسترسی به خدمات کمک زبانی و ابزار و خدمات کمکی

### English

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

### العربية (Arabic)

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

اگر پرسشی دارید می توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## **Հայերեն (Armenian)**

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

## **简体中文 (Simplified Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-877-412-2734** (TTY: 711)。我们另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。请致电 **1-877-412-2734** (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

## **繁體中文 (Traditional Chinese)**

注意：如果您需要以您的語言獲得幫助，請致電 **1-877-412-2734** (TTY 711)。為殘障人士也提供幫助和服務，例如盲文和大字體的文件。致電 **1-877-412-2734** (TTY 711)。這些服務是免費的。

## **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕ 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।

## **हिंदी (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-877-412-2734** (TTY: 711) पर काल 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 काल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## **Hmoob (Hmong)**

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

## **日本語 (Japanese)**

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

## **한국어 (Korean)**

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

## **ພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ:  
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາ ຮູບ **1-877-412-2734** (TTY: 711).  
ຜູ້ມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສູ່ລັບູຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອກສອນນຸນແລະມິຕິພາບໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາ ຮູບ **1-877-412-2734** (TTY: 711).  
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## Mien

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

## ខ្មែរ (Cambodian)

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

## فارسی (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.

## Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия ТТУ 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например

اگر پریشانی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля.  
Звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия ТТТ 711).  
Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Español (Spanish)**

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

### **Tagalog (Filipino)**

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

### **ภาษาไทย (Thai)**

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

### **Українська (Ukrainian)**

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

---

اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом.  
Телефонуйте на номер **1-877-412-2734** (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **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.

### **ગુજરાતી (Gujarati)**

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કોલ કરો: **1-877-412-2734** (TTY 711). વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ, જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો: **1-877-412-2734** (TTY 711). આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

### **Português (Portuguese)**

ATENÇÃO: Se você precisar de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734** (TTY 711). Serviços e auxílio para pessoas com incapacidades, como documentos em braile ou impressos com letras grandes, também estão disponíveis. Ligue para **1-877-412-2734** (TTY 711). Esses serviços são gratuitos.

### **Română (Romanian)**

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-877-412-2734** (TTY 711). Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj

---

اگر پرسشی دارید میتوانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-877-412-2734** (TTY 711). Aceste servicii sunt gratuite.

## **Türkçe (Turkish)**

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

## **اردو (Urdu)**

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

- ہمچنین می‌توانید برای دریافت مطالب به زبان مورد نظر خود و/یا قالب جایگزین یک درخواست دائمی ارائه دهید:
  - برای درخواست دائمی مطالب به زبان آستانه یا در قالب جایگزین، با شماره تلفن پایین صفحه یا با دسترسی به پورتال امن آنلاین اعضا به آدرس <https://member.caloptima.org/#/user/login> با خدمات مشتریان تماس بگیرید.
  - ما درخواست دائمی شما را در سیستم خود حفظ میکنیم تا برای ارسال اطلاعات و مکاتبات در آینده استفاده شود.
  - برای حذف یا تغییر درخواست دائمی لطفاً با خدمات مشتریان با شماره **1-877-412-2734** (TTY711)، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

## **B. پرسشهای متداول (FAQ)**

در اینجا پاسخ به سوالاتی را که در مورد این فهرست داروهای تحت پوشش (فهرست داروها) دارید بیابید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا جستجوی پرسش و پاسخ، می‌توانید تمام سوالات متداول را بخوانید.

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

داروهای موجود در فهرست داروها که در قسمت **C1** شروع می‌شود، داروهایی هستند که تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete قرار دارند. این داروها در داروخانه‌های زیر شبکه ما در دسترس هستند. یک داروخانه در صورتی زیر

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره **1-877-412-2734** (TTY 711) ، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



شبکه ما خواهد بود، اگر با آنها توافق کنیم که با ما کار کنند و خدماتی را به شما ارائه دهند. ما از این داروخانه ها به عنوان «داروخانه های زیر شبکه» یاد می کنیم.

سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx در [www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتری Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی عضویت (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.

• **CalOptima Health OneCare Complete** تمام داروهای ضروری پزشکی موجود در فهرست دارو را پوشش می دهد اگر:

○ پزشک یا سایر تجویزکننده ها تشخیص داده اند که برای بهبود یا سالم ماندن به آنها نیاز دارید،

○ **CalOptima Health OneCare Complete** موافقت می کند که دارو از نظر پزشکی برای شما ضروری است، و

○ شما نسخه را در یک داروخانه زیر شبکه **CalOptima Health OneCare Complete** دریافت می کنید.

• در برخی موارد، قبل از دریافت دارو، باید اقداماتی را انجام دهید. برای اطلاعات بیشتر لطفاً به پرسش بخش B4 مراجعه کنید.

همچنین می توانید فهرست به روزرسانی شده از داروهایی را که ما پوشش می دهیم در وبسایت ما به آدرس [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) ببینید یا با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز تماس بگیرید.

## **B2 . آیا لیست دارو هرگز تغییر می کند؟**

بله، و **CalOptima Health OneCare Complete** باید هنگام ایجاد تغییرات از قوانین Medicare و Medi-Cal پیروی کند. ممکن است در طول سال داروهایی را در فهرست داروها اضافه یا حذف کنیم.

ما همچنین ممکن است قوانین خود را در مورد داروها تغییر دهیم. به عنوان مثال، ما می توانیم:

• تصمیم بگیریم که نیاز به مجوز قبلی برای یک دارو وجود داشته باشد یا خیر. (مجوز قبلی تائیدیه **CalOptima Health OneCare Complete** قبل از دریافت دارو است.)

• مقدار دارویی را که می توانید دریافت کنید اضافه کنیم یا تغییر دهیم (به نام محدودیت های مقدار).

• محدودیت های درمان مرحله ای را در زمینه یک دارو اضافه کنیم یا تغییر دهیم. (مرحله درمانی به این معنی است که قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم، باید یک داروی توصیه شده را امتحان کنید.)

برای اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی، به سوال B4 مراجعه کنید.

اگر دارویی مصرف میکنید که در ابتدای سال پوشش داده شده بود، ما در ادامه سال پوشش آن دارو را تغییر نداده یا حذف نمیکنیم مگر اینکه:

• داروی جدید، ارزان تری با که به اندازه داروی مصرفی شما در فهرست داروها کار می کند، یا

---

اگر پرسشی دارید میتوانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با **CalOptima Health OneCare Complete** از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



- متوجه عدم ایمنی دارویی که مصرف میکنید شویم، یا
- با خبر شویم که دارویی از بازار حذف شده است

سوالات B3 و B6 در زیر اطلاعات بیشتری در مورد انتظاراتی که با تغییر فهرست داروها اباید داشته باشید به شما می دهند.

- همیشه می توانید فهرست دارویی به روز CalOptima Health OneCare Complete را به صورت آنلاین در [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) بررسی کنید. به روز رسانی های فهرست دارو به صورت ماهانه در وب سایت ارسال می شود.
- همچنین می توانید با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید تا فهرست دارویی فعلی را بررسی کنید.

### B3 . هنگامی که تغییری در فهرست دارو ایجاد می شود چه اتفاقی می افتد؟

برخی تغییرات در فهرست داروها فوراً اتفاق خواهد افتاد. برای مثال:

- **جایگزین کردن برخی از نمونه های جدید داروها.** اگر نسخه های جدید خاصی از آن دارو را جایگزین کنیم، ممکن است بلافاصله داروها را از فهرست دارویی حذف کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید 0 دلار باقی خواهد ماند. وقتی نمونه جدیدی از دارو را اضافه می کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی با نام تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی را در لیست نگه داریم اما قوانین یا محدودیت های پوشش آن را تغییر دهیم.
- ممکن است قبل از ایجاد تغییرات به شما اطلاع ندهیم، ولی اطلاعات مربوط به تغییر یا تغییرات خاصی که ایجاد کرده ایم را پس از تغییر برای شما ارسال خواهیم کرد.
- فقط در صورتی می توانیم این تغییرات را ایجاد کنیم که دارویی که اضافه می کنیم:

\_\_ نسخه ژنریک جدید یک دارو با نام تجاری یا

\_\_ یک نسخه بیوسیمیلار جدید خاص از محصولات بیولوژیکی اصلی در فهرست داروها است (به عنوان مثال، افزودن یک بیوسیمیلار قابل تعویض که می تواند بدون نسخه جدید جایگزین یک محصول بیولوژیکی اصلی شود).

\_\_ برخی از این انواع دارو ممکن است برای شما جدید باشند. برای اطلاعات بیشتر، به بخش **B14** مراجعه کنید.

- شما یا ارائه دهنده شما می توانید در زمینه این تغییرات درخواست استثنا کنید. ما یک اخطارنامه شامل مراحل که می توانید برای درخواست استثنا انجام دهید را برای شما ارسال می کنیم. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناها به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.

- **داروهای نامن و سایر داروهایی که از بازار خارج می شوند را حذف می کنیم.** گاهی اوقات ممکن است دارویی نامن تشخیص داده شود یا به دلیل دیگری از بازار خارج شود. در این صورت، ممکن است بلافاصله آن را از فهرست داروها حذف کنیم. اگر شما آن دارو را مصرف می کنید، پس از اعمال تغییر، اطلاعیه ای برای شما ارسال خواهیم کرد.
- برای یافتن داروی دیگری برای بیماری خود می توانید با پزشک خود یا سایر تجویز کنندگان همکاری کنید. اگر برای

اگر پرسشی دارید می توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



یافتن داروی دیگری به کمک نیاز دارید، لطفاً با پزشک یا سایر تجویزکننده خود تماس بگیرید.

- همچنین می‌توانید برای دریافت راهنمایی با خدمات مشتریان **CalOptima Health OneCare Complete** با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

ممکن است تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد. ما از قبل در مورد این تغییرات دیگر در فهرست دارو به شما اطلاع رسانی خواهیم کرد. این تغییرات ممکن است رخ دهد اگر:

- FDA راهنمایی‌های جدیدی ارائه می‌دهد یا دستورالعمل‌های بالینی جدیدی در مورد یک دارو ارائه می‌شود.
  - هنگام افزودن یک داروی ژنریک که در بازار جدید نیست، یک داروی نام تجاری را از فهرست دارو حذف می‌کنیم، یا
  - ما یک محصول بیولوژیکی اصلی را هنگام افزودن داروی بیوسیمیلار حذف می‌کنیم، یا
  - قوانین پوشش یا محدودیت‌های داروی برند تجاری را تغییر می‌دهیم.
- زمانی که این تغییرات اتفاق افتاد، ما این اقدامات را انجام خواهیم داد:
- حداقل 30 روز قبل از ایجاد تغییر در فهرست دارو به شما اطلاع می‌دهیم یا
  - به شما اطلاع داده و پس از درخواست مجدد دارو، یک منبع 30 روزه از دارو را به شما می‌دهیم.
- بدین ترتیب شما زمان کافی برای مشورت با پزشک خود یا تجویزکننده دارو دارید. آنها می‌توانند به شما در تصمیم‌گیری کمک کنند:
- اگر داروی مشابهی در فهرست دارو وجود دارد، می‌توانید به جای داروی فعلی مصرف نمایید یا
  - آیا باید از این تغییرات درخواست استثنا کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثنایها، به سؤالات B10-B12 مراجعه کنید.

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

بله، برخی از داروها قوانین پوشش دارند یا محدودیت‌هایی در زمینه میزان دریافتی دارند. در برخی موارد شما یا پزشکتان یا سایر تجویزکنندگان باید قبل از دریافت دارو اقداماتی انجام دهید. برای مثال:

- **مجوز قبلی:** برای برخی از داروها، قبل از اینکه نسخه خود را پر کنید، شما یا پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها باید از **CalOptima Health OneCare Complete** مجوز دریافت کنید. مجوز قبلی با ارجاع متفاوت است. اگر مجوز قبلی دریافت نکنید، **CalOptima Health OneCare Complete** ممکن است دارو را تحت پوشش قرار ندهد.
- **محدودیت مقدار:** گاهی اوقات **CalOptima Health OneCare Complete** مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید محدود می‌کند.
- **درمان مرحله ای:** گاهی اوقات **CalOptima Health OneCare Complete** شما را ملزم به انجام درمان مرحله ای می‌کند. این بدان معنی است که شما باید داروها را به ترتیب خاصی برای وضعیت پزشکی خود امتحان کنید. قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم، ممکن است ملزم باشید که یک دارو را امتحان کنید. اگر ارائه دهنده نسخه شما فکر می‌کند که داروی اول برای شما مؤثر نیست، ما داروی دوم را پوشش خواهیم داد.

---

اگر پرسشی دارید می‌توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با **CalOptima Health OneCare Complete** از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



با نگاه کردن به جداول در بخش C1 می توانید متوجه شوید که آیا داروی شما دارای الزامات یا محدودیت های اضافی است. همچنین می توانید با مراجعه به وب سایت ما در [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) اطلاعات بیشتری کسب کنید. ما مدارک آنلاینی را ارسال کرده ایم که مجوز قبلی و محدودیت های درمان مرحله ای ما را توضیح می دهد. همچنین می توانید از ما بخواهید که یک نسخه کتبی برای شما ارسال کنیم.

می توانید از این محدودیت ها استثنا بخواهید. این به شما زمان می دهد تا با پزشک یا سایر تجویزکنندگان صحبت کنید. آنها می توانند به شما کمک کنند تصمیم بگیرید که آیا داروی مشابهی در لیست دارویی وجود دارد که می توانید به جای آن مصرف کنید یا اینکه آیا درخواست استثنا کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناها به سوالات B10 تا B12 مراجعه کنید.

**B5. چگونه می توانم بفهمم که داروی مورد نظر من محدودیت هایی دارد یا نیاز به انجام اقداماتی قبل از دریافت دارو وجود دارد؟**

جدول موجود در بخش با عنوان «فهرست داروها بر اساس شرایط پزشکی» دارای ستونی با عنوان «اقدامات، محدودیت ها، یا محدودیت های لازم در مصرف» است.

**B6. چه اتفاقی می افتد اگر CalOptima Health OneCare Complete قوانین خود را در مورد نحوه پوشش برخی داروها تغییر دهد (به عنوان مثال، مجوز قبلی، محدودیت های مقدار و/یا محدودیت های درمانی مرحله ای)؟**

در برخی موارد، اگر مجوز قبلی، محدودیت های مقدار و/یا محدودیت های درمانی مرحله ای را به دارو اضافه کنیم یا تغییر دهیم، از قبل به شما اطلاع خواهیم داد. برای اطلاعات بیشتر در مورد این اطلاعیه قبلی و شرایطی که ممکن است نتوانیم از قبل زمانی که قوانین ما در مورد داروهای موجود در فهرست دارو تغییر می کند را به شما اطلاع دهیم، به سوال B3 مراجعه کنید.

**B7. چگونه می توانم یک دارو را در فهرست داروها پیدا کنم؟**

دو راه برای یافتن دارو وجود دارد:

- می توانید بر اساس حروف الفبا جستجو کنید، یا
- شما می توانید بر اساس شرایط پزشکی جستجو کنید.

برای جستجوی حروف الفبا، داروی خود را در بخش فهرست داروهای تحت پوشش جستجو کنید. می توانید آن را از صفحه 1-1 شروع کنید. این قسمت فهرستی از تمام داروهای موجود در این سند بر اساس حروف الفبا ارائه می کند. هم داروهای با نام تجاری و هم داروهای ژنریک در این قسمت فهرست شده اند. در فهرست جستجو کنید و داروی خود را پیدا کنید. در کنار داروی خود، شماره صفحه ای را می بینید که می توانید اطلاعات پوشش را در آن بیابید. به صفحه ارائه شده در فهرست مراجعه کنید و نام داروی خود را در ستون اول لیست پیدا کنید.

برای جستجو بر اساس وضعیت پزشکی، بخش C1 با عنوان "فهرست داروها بر اساس وضعیت پزشکی" را پیدا کنید. داروهای موجود در این بخش بسته به نوع شرایط پزشکی که برای درمان استفاده می شوند به گروه های مختلف دسته بندی می شوند. به عنوان مثال، اگر بیماری قلبی دارید، باید در دسته عوامل قلبی عروقی جستجو کنید. در اینجا شما داروهایی را خواهید یافت که بیماری های قلبی را درمان می کنند.

---

اگر پرسشی دارید می توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## B8. اگر دارویی که می‌خواهم مصرف کنم در لیست دارو نباشد چه می‌شود؟

اگر داروی خود را در فهرست دارو پیدا نکردید، با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید و در مورد آن بپرسید. اگر متوجه شدید که **CalOptima Health OneCare Complete** دارو را پوشش نمی‌دهد، می‌توانید یکی از این اقدامات را انجام دهید:

- از خدمات مشتری لیستی از داروهایی مانند دارویی که می‌خواهید مصرف کنید بخواهید. سپس فهرست را به پزشک یا تجویز کننده خود نشان دهید. آنها می‌توانند دارویی را در فهرست دارو موجود است برای شما تجویز کنند که مانند دارویی است که می‌خواهید مصرف کنید. یا
- از **CalOptima Health OneCare Complete** بخواهید که برای پوشش داروی شما استثناء قائل شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناءها به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.

## B9. اگر من یک عضو جدید **CalOptima Health OneCare Complete** باشم و نتوانم داروی خود را در فهرست دارو پیدا کنم یا در دریافت داروی خود مشکل داشته باشم، چه؟

ما می‌توانیم کمک کنیم. ممکن است در 90 روز اولی که عضو **CalOptima Health OneCare Complete** هستید، یک ذخیره موقت 30 روزه از داروی شما را پوشش دهیم. این به شما زمان می‌دهد تا با پزشک یا سایر تجویزکنندگان صحبت کنید. آنها می‌توانند به شما کمک کنند تصمیم بگیرید که آیا داروی مشابهی در لیست دارویی وجود دارد که می‌توانید به جای داروی فعلی مصرف کنید یا اینکه آیا درخواست استثناء کنید.

اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو اجازه خواهیم داد. ما عرضه 30 روزه 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 مقداری را که توسط تجویز کننده شما دستور داده شده است را دریافت کنید، یا
- دارو نیاز به مجوز قبلی توسط **CalOptima Health OneCare Complete** دارد، یا
- شما در حال مصرف دارویی هستید که بخشی از محدودیت درمان مرحله ای است

اگر دارویی مصرف می‌کنید که **CalOptima Health OneCare Complete** آن را جزء داروی بخش D نمی‌داند و آن دارو در فهرست داروها نیست و در تهیه آن مشکل دارید، ممکن است از طریق **Medi-Cal Rx** تحت پوشش قرار گیرد. اگر یک داروی حذف شده از قسمت D مستلزم استثناء باشد، و شما یک وضعیت اضطراری داشته باشید، **Medi-Cal Rx** حداقل میزان مورد نیاز برای مصرف 72 ساعت دارو را در اختیار شما قرار می‌دهد. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت **Medi-Cal Rx** در [www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتری **Medi-Cal Rx** به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق **Medi-Cal Rx**، کارت شناسایی عضویت **Medi-Cal BIC** خود را همراه داشته باشید.

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 کمک کنیم. اگر شما برای بیش از 90 روز در برنامه درمانی بوده اید، در مرکز مراقبت بلند مدت زندگی می‌کنید و فوراً به داروی خود نیاز دارید:

---

اگر پرسشی دارید می‌توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با **CalOptima Health OneCare Complete** از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



- ما یک منبع 31 روزه از داروی مورد نیاز شما را پوشش خواهیم داد (مگر اینکه برای روزهای کمتری نسخه داشته باشید)، خواه عضو جدید CalOptima Health OneCare Complete باشید یا نباشید.
- این علاوه بر عرضه موقت در 90 روز اولی است که شما عضو CalOptima Health OneCare Complete 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 مراقبت های حاد
  - ترخیص از بیمارستان به منزل
  - پایان دادن به اقامت پرستاری ماهر بخش A با 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.
- اگر سطح تغییر مراقبت دارید، برای هر یک از داروهایتان که در فهرست دارویی ما نیست، یا اگر توانایی شما برای دریافت داروهایتان محدود است، وقتی به داروخانه زیر شبکه بروید، یک منبع موقت 30 روزه را پوشش خواهیم داد. پس از اولین عرضه 30 روزه شما، ما هزینه ای برای این داروها نخواهیم پرداخت. در این موارد، شما دو گزینه دارید:

- از خدمات مشتری لیستی از داروهایی مانند دارویی که می خواهید مصرف کنید بخواهید. سپس فهرست را به پزشک یا دیگر تجویز کننده دیگر نشان دهید. آنها می توانند دارویی را در فهرست دارو تجویز کنند که شبیه دارویی است که می خواهید مصرف کنید، یا
- می توانید از CalOptima Health OneCare Complete بخواهید که برای پوشش داروی شما استثنا قائل شود. لطفاً سؤال B10 را برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناها ببینید

### **B.10. آیا می توانم برای پوشش داروی خود استثنا درخواست نمایم؟**

بله. می توانید از CalOptima Health OneCare Complete بخواهید که برای پوشش دارویی که در فهرست دارو نیست استثنا قائل شود.

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

- برای مثال، CalOptima Health OneCare Complete ممکن است مقدار دارویی را که ما پوشش خواهیم داد محدود کند. اگر داروی شما محدودیتی دارد، می توانید از ما بخواهید تا حد مجاز را تغییر دهیم و میزان بیشتری را پوشش دهیم.
- نمونه های دیگر: می توانید از ما بخواهید محدودیت های مرحله درمانی یا الزامات مجوز قبلی را کنار بگذاریم.

اگر پرسشی دارید می‌توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## B11. چگونه می توانم درخواست استثنا کنم؟

برای درخواست استثنا، با خدمات مشتری تماس بگیرید. یک نماینده خدمات مشتری با شما و ارائه دهنده نسخه شما همکاری خواهد کرد تا به شما در درخواست استثنا کمک کند. همچنین می توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثناها، فصل 9 کتابچه راهنمای اعضا قسمت G2 را بخوانید.

## B12. چه مدت طول می کشد تا استثنا دریافت شود؟

پس از دریافت بیانیه ای از تجویز کننده شما مبنی بر حمایت از درخواست شما برای استثنا، در عرض 72 ساعت به شما تصمیم نهایی را اطلاع خواهیم داد. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه یک بیانیه پشتیبانی، با خدمات مشتری CalOptima Health OneCare Complete به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.

اگر شما یا تجویزکنندهتان فکر می کنید که اگر مجبور باشید ۷۲ ساعت برای تصمیمگیری صبر کنید، ممکن است به سلامتی‌تان آسیب وارد شود، می‌توانید یک استثنا سریع درخواست کنید. این یک تصمیم سریعتر است. اگر تجویز کننده شما از درخواست شما پشتیبانی کند، ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی تجویز کننده، تصمیم خود را به شما اطلاع خواهیم داد.

## B13. داروهای ژنریک چه داروهایی هستند؟

داروهای ژنریک از همان ترکیبات فعال داروهای برند تجاری ساخته می شوند. آنها معمولاً قیمت کمتری نسبت به داروی برند تجاری دارند و به همان اندازه موثر هستند و معمولاً نام های شناخته شده ای ندارند. داروهای ژنریک توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) تایید شده اند. نمونه داروهای ژنریک برای بسیاری از داروهای نام تجاری موجود است. بسته به قوانین ایالتی، معمولاً می‌توان در داروخانه داروهای ژنریک را بدون نسخه جدید جایگزین داروهای نام تجاری کرد.

CalOptima Health OneCare Complete هم داروهای نام تجاری و هم داروهای ژنریک را پوشش می دهد.

## B14. محصولات بیولوژیکی اصلی چیست و چگونه با بیوسیمیلارها مرتبط است؟

وقتی به داروها اشاره می کنیم، این می تواند به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد. محصولات بیولوژیکی داروهایی هستند که پیچیده تر از داروهای معمولی هستند. از آنجایی که محصولات بیولوژیکی پیچیده تر از داروهای معمولی هستند، به جای داشتن نمونه ژنریک، دارای نمونه هایی هستند که به آنها بیوسیمیلار گفته می شود. به طور کلی، بیوسیمیلارها به همان اندازه محصول بیولوژیکی اصلی کار می کنند و ممکن است هزینه کمتری داشته باشند. برای برخی از محصولات بیولوژیکی اصلی، جایگزین های بیوسیمیلار وجود دارد. برخی از بیوسیمیلارها، بیوسیمیلارهای قابل تعویض هستند و بسته به قوانین ایالتی، ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید در داروخانه جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می‌توانند جایگزین داروهای نام تجاری شوند.

برای اطلاعات بیشتر در مورد انواع دارو، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

## B15. داروهای OTC چه داروهایی هستند؟

OTC مخفف "بدون نسخه" ("over-the-counter") است. CalOptima Health OneCare Complete برخی از داروهای OTC را در صورتی که توسط ارائه دهنده شما به صورت نسخه تجویز شده باشند، پوشش می‌دهد.

برای اطلاع از داروهای OTC تحت پوشش، می‌توانید فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا CalOptima Health OneCare Complete را مطالعه کنید.

---

اگر پرسشی دارید می‌توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## B16. آیا CalOptima Health OneCare Complete محصولات OTC غیر دارویی را پوشش می دهد؟

CalOptima Health OneCare Complete برخی از محصولات OTC غیردارویی را زمانی پوشش می دهد که به عنوان نسخه توسط ارائه دهنده شما نوشته شده باشند.

نمونه هایی از محصولات OTC غیردارویی شامل لوازم مرتبط با تزریق انسولین است.

می توانید فهرست دارویی CalOptima Health OneCare Complete را بخوانید تا دریابید که چه محصولات OTC غیردارویی تحت پوشش قرار می گیرند.

## B17. آیا CalOptima Health OneCare Complete منابع طولانی مدت نسخه ها را پوشش می دهد؟

- برنامه های سفارش پستی. ما یک برنامه سفارش پستی ارائه می دهیم که به شما امکان می دهد تا حداکثر میزان مورد نیاز برای مصرف 100 روزه داروهای خود را مستقیماً به منزلتان ارسال کنیم. منبع 100 روزه دارو همان سهم هزینه منبع یک ماهه را دارد.
- برنامه های عرضه منبع 100 روزه دارو توسط داروخانه. برخی از داروخانه ها نیز ممکن است یک منبع حداکثر 100 روزه داروهای تحت پوشش را ارائه دهند. منبع 100 روزه دارو همان سهم هزینه منبع یک ماهه را دارد.

## B18. آیا می توانم داروهای نسخه ای را از داروخانه محلی خود در منزل تحویل گیرم؟

داروخانه محلی شما ممکن است بتواند نسخه شما را به خانه شما تحویل دهد. می توانید با داروخانه خود تماس بگیرید تا از ارسال به درب منزل مطلع شوید.

## B19. سهم هزینه یا Copay من چیست؟

اگر عضو از قوانین طرح پیروی کند، اعضای CalOptima Health OneCare Complete، سهم هزینه های متفاوتی برای داروهای نسخه ای و OTC و محصولات غیردارویی پرداخت می کنند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروهای OTC و محصولات غیردارویی به سوالات B15 و B16 مراجعه کنید.

ردیف ها گروه هایی از داروها هستند که در فهرست دارویی ما قرار دارند.

- داروهای ردیف 1 داروهای ژنریک هستند. سهم هزینه شما \$0 خواهد بود.
- داروهای ردیف 2 داروهایی با نام تجاری هستند. سهم هزینه شما حداکثر \$12.65 خواهد بود.

اگر سوالی دارید، با خدمات مشتریان به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## C. مروری بر فهرست داروهای تحت پوشش

فهرست داروهای تحت پوشش اطلاعاتی در مورد داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete به شما می دهد. اگر در یافتن داروی خود در لیست مشکل دارید، به فهرست داروهای تحت پوشش که در قسمت 1-1 شروع می شود مراجعه کنید. این فهرست به ترتیب حروف الفبا همه داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete را فهرست می کند.

داروهای دیگر، مانند برخی داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx باشند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وبسایت Medi-Cal Rx در ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx با شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی ذینفع (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.

## D تجدیدنظر تحت بخش

- درخواست تجدید نظر روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده ایم و درخواست از ما برای تغییر آن در صورتی که فکر می کنید اشتباه کرده ایم.
- برای مثال، ممکن است تصمیم بگیریم که دارویی که شما می خواهید تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نیست یا دیگر تحت پوشش نیست.
- اگر شما یا ارائه کننده نسخه شما با تصمیم ما موافق نیستید، می توانید درخواست تجدید نظر دهید. اگر سؤالی دارید، با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه اقامه درخواست تجدید نظر می توانید به **فصل 9** دفترچه راهنمای اعضا نیز مراجعه نمایید.
- داروهایی که جزء داروهای بخش D نیستند، قوانین تجدیدنظر متفاوتی دارند.

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



## C1. فهرست داروها بر اساس شرایط پزشکی

داروهای موجود در این بخش بسته به نوع شرایط پزشکی که برای درمان استفاده می‌شوند به گروه‌هایی دسته‌بندی می‌شوند. به عنوان مثال، اگر بیماری قلبی دارید، باید در دسته عوامل قلبی عروقی جستجو کنید. در اینجا شما داروهایی را خواهید یافت که بیماری‌های قلبی را درمان می‌کنند.

در اینجا معانی کدهای مورد استفاده در ستون "اقدامات، محدودیت‌ها یا محدودیت‌های لازم در استفاده" آمده است:

کد	معنی
PA	شما (یا پزشکتان) باید قبل از اینکه نسخه خود را برای این دارو پر کنید، مجوز قلبی از CalOptima Health OneCare Complete دریافت کنید. بدون تایید قلبی، CalOptima Health OneCare Complete ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
PA BvD	این دارو ممکن است واجد شرایط پرداخت تحت Part B Medicare یا Part D باشد. شما (یا پزشکتان) باید قبل از اینکه نسخه خود را برای این دارو پر کنید، مجوز قلبی از CalOptima Health OneCare Complete دریافت کنید تا مشخص شود که این دارو تحت پوشش Medicare Part D قرار دارد. بدون تایید قلبی، CalOptima Health OneCare Complete 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 پر کنید، باید شما (یا پزشکتان) مجوز قلبی از CalOptima Health OneCare Complete دریافت کنید. بدون تایید قلبی، CalOptima Health OneCare Complete ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
QL	CalOptima Health OneCare Complete مقدار این دارو را که در هر نسخه یا در یک بازه زمانی خاص تحت پوشش قرار می‌گیرد، محدود می‌کند.
ST	قبل از اینکه CalOptima Health OneCare Complete 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 راهنمای داروخانه خود مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان به شماره <b>1-877-412-273 (TTY 711)</b> ، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.
EX	این داروی تجویزی معمولاً تحت پوشش طرح داروهای تجویزی Medicare Prescription Drug Plan نیست. مبلغی را که هنگام دریافت کردن این داروهای تجویزی برای این دارو می‌پردازید در کل هزینه‌های دارویی شما محاسبه نمی‌شود (یعنی مبلغی که پرداخت می‌کنید به شما کمک نمی‌کند که واجد شرایط پوشش اضطراری باشید) علاوه بر این، اگر برای پرداخت نسخه‌های خود کمک اضافی دریافت می‌کنید، هیچ کمک اضافی برای پرداخت این دارو دریافت نخواهید کرد.

اگر پرسشی دارید می‌توانید طی 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



کد	معنی
CB	محدودیت بر مزایای محدود اعمال می‌شود.
GC	ما این داروی تجویزی را در زمان ی که شکاف پوشش اتفاق بیافتد پوشش می دهیم. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد این پوشش به کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

در ستون اول جدول نام دارو ذکر شده است. داروهای ژنریک با حروف کج کوچک (مثلاً *amoxicillin*)، داروهای نام تجاری با حروف بزرگ (مثلاً ELIQUIS) و داروهای OTC و محصولات غیردارویی با حروف کوچک (مثلاً *insulin pen needle* یا سوزن انسولین) فهرست شده اند. اطلاعات ستون «اقدامات، محدودیت‌ها، یا محدودیت‌های مصرف ضروری» به شما می‌گوید که آیا CalOptima Health OneCare CalOptima Health OneCare Complete قوانینی برای پوشش داروی شما دارد یا خیر.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره 1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به [www.caloptima.org/OneCare](http://www.caloptima.org/OneCare) مراجعه نمایید.



نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
Analgesics		
JOURNAVX 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 14 days)
Analgesics Combinations		
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen (5-325 mg, 7.5-325, 10-325 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Analgesics</b>		
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5-325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophen 7.5-325)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<b>Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs</b>		
<i>celecoxib (100 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib (50 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>diclofenac 2% solution pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac epolamine 1.3% ptch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sod er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium (dr 25 mg tab, dr 50 mg tab, dr 75 mg tab, ec 25 mg tab, ec 50 mg tab, ec 75 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Analgesics</b>		
<i>ec-naproxen (dr 375 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
IBU (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Analgesics</b>		
<i>sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<b>Opioid Analgesics, Long-acting</b>		
<i>fentanyl (12 patch, 25 patch, 50 patch, 75 patch, 100 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 30 days)
<i>levorphanol tartrate (2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>methadone hcl (5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Analgesics</b>		
<i>oxymorphone hcl er (er 5 mg tablet, er 10 mg tab, er 15 mg tab, er 20 mg tab, er 30 mg tab, er 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone hcl er 7.5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Opioid Analgesics, Short-acting</b>		
<i>codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meperidine hcl (25 mg/ml vial, 50 mg/5 ml solution, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>morphine sulfate (sulf 10 mg/5 ml cup, sulf 10 mg/5 ml soln, sulf 20 mg/5 ml soln, sulf 100 mg/5 ml conc, sulfate ir 15 mg tab, sulfate ir 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxycodone hcl ((ir) 5 mg cap, (ir) 5 mg tablet, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml cup, 5 mg/5 ml soln, (ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, 15 mg tablet, (ir) 20 mg tab, 20 mg tablet, (ir) 30 mg tab, 30 mg tablet, 100 mg/5 ml conc)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 5% patch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>lidocaine hcl (2% viscous soln, hcl 4% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lidocaine hcl viscous (2% 15 ml cup, 2% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIDACAINE 5% PATCH	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
TRIDACAINE II 5% PATCH	\$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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
Alcohol Deterrents/Anti-craving		
<i>acamprosate calc dr 333 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naltrexone 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Opioid Dependence		
<i>buprenorphine 2 mg tablet sl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days)
<i>buprenorphine 8 mg tablet sl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>buprenorphine-nalox 12-3mg flm</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine-naloxone (buprenorphin-naloxon 8-2 mg sl, buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm, buprenorphine-nalox 2-0.5mg tb, buprenorphine-nalox 4-1mg film, buprenorphine-nalox 8-2 mg tab, buprenorphine-nalox 8-2mg film, buprenorphn-naloxn 2-0.5 mg sl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lofexidine 0.18 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml carpuxject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
REXTOVY 4 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTOINJCT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (252 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin sulfate in ns (60 mg/ns 50 ml pb, iso 100 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, 80 mg/ns 100 ml pb, 80 mg/ns 50 ml pb, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml, 100 mg/ns 100 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>streptomycin sulf 1 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm vial, 1.2 gram/30 ml vial, 10 mg/ml vial, 20 mg/2 ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antibacterials, Other		
<i>aztreonam (1 gm vial, 2 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
BLUJEPA 750 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin pediater 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml-d5w, 900 mg/50 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colistimethate 150 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dalbavancin hcl 500 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antibacterials</b>		
<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-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (6 per 30 days)
SOLOSEC 2 GM GRANULE PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>tigecycline 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg a-v vial, 500 mg add-van vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antibacterials</b>		
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (160 per 30 days)
XIFAXAN (200 MG TABLET, 550 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<b>Beta-lactam, Cephalosporins</b>		
AVYCAZ 2.5 GRAM VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefadroxil (1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefdinir (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<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>ceftaroline fosamil (400 mg vl, 600 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ceftriaxone (1 gm add-vant vial, 1 gm vial, 2 gm add vial, 2 gm vial, 10 gm vial, 100 gram bulk bag, 250 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefuroxime (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antibacterials</b>		
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TAZICEF (1 GM ADD-VANTAGE VIAL, 1 GRAM VIAL, 6 GRAM VIAL)	\$0 (Tier 1)	
ZERBAXA 1.5 GRAM VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZEVTERA 667 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<b>Beta-lactam, Penicillins</b>		
<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

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

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antibacterials</b>		
<i>ampicillin 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin sodium (1 gm advantage vl, 1 gm vial, 2 gm advantage vl, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin-sulbactam (ampicillin-sulb 1.5 g add vial, ampicillin-sulb 3 gm add vial, ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl, ampicillin-sulbactam 3 gm vial, ampicillin-sulbactam 15 gm btl, ampicillin-sulbactam 15 gm vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN C-R (1.2 MILLION UNIT, 900-300 SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS, 2,400,000 UNITS)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naftillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm bulk vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antibacterials</b>		
<b>Carbapenems</b>		
<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)	
ORLYNVAH 500-500 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (10 per 5 days)
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<b>Macrolides</b>		
<i>azithromycin (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 250 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 500 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antibacterials</b>		
<i>clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (136 per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fidaxomicin 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 10 days)
<b>Quinolones</b>		
BAXDELA (300 MG VIAL, 450 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antibacterials</b>		
<i>levofloxacin-d5w (500 mg/100 ml-d5w, 750 mg/150 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin (300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Sulfonamides</b>		
<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)	
<b>Tetracyclines</b>		
<i>demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOXY 100 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (hyc 100 mg vial, hyclate 100 mg cap, hyclate 100 mg tab, hyclate 100 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antibacterials</b>		
<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)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Anticonvulsants</b>		
<b>Anticonvulsants, Other</b>		
BRIVIACT (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Anticonvulsants</b>		
<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)	
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<i>felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
<i>lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kit-blue</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-green</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-orang</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Anticonvulsants</b>		
<i>levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tab susp, 250 mg tablet, 500 mg tab susp, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>perampanel 0.5 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (680 per 28 days)
<i>perampanel 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>perampanel 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SUBVENITE (25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
SUBVENITE TAB START KIT (BLUE)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Anticonvulsants</b>		
SUBVENITE TAB START KIT(GREEN)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KT(ORANGE)	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>valproic acid (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml cup, 500 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Calcium Channel Modifying Agents</b>		
<i>ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methsuximide 300 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents</b>		
<i>clobazam (2.5 mg/ml suspension, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Anticonvulsants</b>		
<i>clonazepam (0.25 mg odt, 2 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 1 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam (2.5 mg rectal gel, 2.5 mg rectal gel sys, 2.5mg rectal gel(2pk), 10 mg rectal gel, 10 mg rectal gel syrg, 10 mg rectal gel syst, 10mg rectal gel (2pk), 20 mg rectal gel, 20 mg rectal gel syrg, 20 mg rectal gel syst, 20mg rectal gel (2pk))</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Anticonvulsants</b>		
<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-\$12.65 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Anticonvulsants</b>		
<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-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VALTOCO (5 MG NASAL SPRAY, 10 MG NASAL SPRAY, 15 MG NASAL SPRAY, 20 MG NASAL SPRAY)	\$0-\$12.65 (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)	
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1100 per 30 days), PA NSO
<b>Sodium Channel Agents</b>		
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tab chew, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Anticonvulsants</b>		
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN (30 MG CAPSULE, 50 MG INFATAB, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN 125 MG/5 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	
<i>eslicarbazepine 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5 ml cup, 100 mg/10 ml cup, 150 mg/15 ml cup, 200 mg/20 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lacosamide (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin sod ext 100 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50-100 MG PAK, 150-200 MG PK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
XCOPRI (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (250 MG DAILY PACK, 350 MG DAILY PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (900 per 30 days), PA NSO
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antidementia Agents</b>		
<b>Cholinesterase Inhibitors</b>		
<i>donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine 4 mg/ml oral soln</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine er 24 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<b>N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist</b>		
<i>memantine hcl (2 mg/ml solution, 10 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antidementia Agents</b>		
<i>memantine hcl (5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antidepressants</b>		
<b>Antidepressants, Other</b>		
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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, 450 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antidepressants</b>		
<i>mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg, 12-25 mg, 12-50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine-amitriptyline (2 mg-10 mg tab, 2 mg-25 mg tab, 4 mg-10 mg tab, 4 mg-25 mg tab, 4 mg-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZURZUVAE (20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 180 days), PA NSO
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (14 per 180 days), PA NSO
<b>Monoamine Oxidase Inhibitors</b>		
EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
MARPLAN 10 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<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-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine er 100 mg tab</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 30 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
EXXUA (ER 18.2 MG TABLET, ER 36.3 MG TABLET, ER 54.5 MG TABLET, ER 72.6 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
EXXUA ER 18.2 MG TAB (TITRATN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (32 per 14 days), PA NSO
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antidepressants</b>		
<i>fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl 40 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>nefazodone hcl (150 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>paroxetine hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>paroxetine hcl 30 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine bes er 112.5 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
Tricyclics		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antidepressants</b>		
<i>imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>nortriptyline hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg cap, 20 mg/10 ml soln, hcl 25 mg cap, hcl 50 mg cap, hcl 75 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>trimipramine maleate 100 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antiemetics</b>		
<b>Antiemetics, Other</b>		
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (9.8 per 28 days)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antiemetics</b>		
<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 (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syr, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROMETHEGAN (25 MG, 50 MG)	\$0 (Tier 1)	
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide 300 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Emetogenic Therapy Adjuncts</b>		
<i>aprepitant (80 mg capsule, 125 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

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

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
Antifungals		
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
<i>clotrimazole (1% solution, 1% solution spray, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	
CRESEMBA (74.5 MG CAPSULE, 186 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-ns 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flucytosine (250 mg capsule, 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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
<i>itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule, 100 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWD	\$0 (Tier 1)	
<i>miconazole (50 mg vial, 100 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>miconazole 3 200 mg vag supp</i>	\$0 (Tier 1)	
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
<i>nystatin (100,000 unit/gm cream, 100,000 unit/gm oint, 100,000 unit/gm powd, 100,000 unit/ml susp, 500,000 unit oral tab, 500,000 unit/5 ml cup, 500,000 unit/5 ml sus)</i>	\$0 (Tier 1)	
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
<i>posaconazole (dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp)</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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

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

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>febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	ST, QL (30 per 30 days)
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antigout Agents		
<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		
ELYXYB 120 MG/4.8 ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28.8 per 6 days)
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists		
AIMOVIG AUTOINJECTOR (70 MG/ML, 140 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225MG/1.5ML AUTOINJ (X3)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antimigraine Agents</b>		
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
NURTEC ODT 75 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (18 per 30 days)
UBRELVY (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (16 per 30 days)
ZAVZPRET 10 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (8 per 30 days)
<b>Ergot Alkaloids</b>		
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
<b>Serotonin (5-HT) Receptor Agonists</b>		
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antimigraine Agents</b>		
<i>sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate (6 mg/0.5 ml vial, 6 mg/0.5ml autoinj)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antimyasthenic Agents</b>		
<b>Parasympathomimetics</b>		
<i>pyridostigmine bromide (br 30 mg tablet, 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyridostigmine er 180 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
VYVGART HYTRULO 1,000MG-10,000	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (20 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA
TRECTOR 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LEUKERAN 2 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>lomustine (10 mg capsule, 40 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
MATULANE 50 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ABIRTEGA 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antineoplastics</b>		
ERLEADA 60 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
EULEXIN 125 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
NUBEQA 300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
YONSA 125 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<b>Antiangiogenic Agents</b>		
<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
<i>pomalidomide (1 mg capsule, 2 mg capsule, 3 mg capsule, 4 mg capsule)</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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
THALOMID (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
Antiestrogens/Modifiers		
INLURIYO 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ORSERDU 345 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ORSERDU 86 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
SOLTAMOX (10 MG/5 ML SOLN, 20 MG/10 ML SOLN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Antimetabolites		
<i>mercaptopurine (20 mg/ml suspen, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (Tier 2)	
Antineoplastics		
AVMAPKI-FAKZYNJA CO-PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (66 per 28 days), PA NSO
Antineoplastics, Other		
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 28 days), PA NSO
IWILFIN 192 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 400 MG CO-PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (70 per 28 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 600 MG CO-PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (91 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
LONSURF (15 MG-6.14 MG TABLET, 20 MG-8.19 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LYSODREN 500 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
OGSIVEO (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ORGOVYX 120 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (32 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 110 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 160 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TEPMETKO 225 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>exemestane 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Molecular Target Inhibitors		
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ALECENSA 150 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG 30 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
AYVAKIT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 3 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
BALVERSA 4 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 5 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (50 MG CAPSULE, 400 MG TABLET, 500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BRUKINSA 160 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
CALQUENCE (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPRELSA 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
CAPRELSA 300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG PACK, 100 MG PK, 140 MG PK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
COPIKTRA (15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
COTELLIC 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (63 per 21 days), PA NSO
DANZITEN (71 MG TABLET, 95 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib (50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
ENSACOVE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<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-\$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 21 days), PA NSO
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
GAVRETO 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (126 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (168 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
HERNEXEOS 60 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
HYRNUO 10 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 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-\$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
IBTROZI 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (216 per 30 days), PA NSO
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
INLYTA 1 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
INLYTA 5 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
INREBIC 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
ITOVEBI 3 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
ITOVEBI 9 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JAKAFI (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (63 per 28 days), PA NSO
KOSELUGO (5 MG SPRINKLE CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 7.5 MG SPRINKLE CAP	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LAZCLUZE 240 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LAZCLUZE 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LORBRENA 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LORBRENA 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 120 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
LUMAKRAS 240 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 320 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LYNPARZA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (112 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (140 per 28 days), PA NSO
MEKINIST (0.05 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
MEKTOVI 15 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
MODEYSO 125 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (20 per 28 days), PA NSO
NERLYNX 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
<i>nilotinib d-tartrate (50 mg cap, 150 mg cp, 200 mg cp)</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>nilotinib hcl (50 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (3 per 28 days), PA NSO
ODOMZO 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OJEMDA (100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (16 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (96 per 28 days), PA NSO
OJJAARA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>pazopanib hcl 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (14 per 21 days), PA NSO
PHYRAGO (50 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 70 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
QINLOCK 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
RETEVMO 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 80 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ROMVIMZA (14 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (8 per 28 days), PA NSO
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 50 MG PELLETT PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
RUBRACA (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
RYDAPT 25 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
SCEMBLIX 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
<i>sorafenib 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
TAGRISSE (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.1 MG CAPSULE, 0.1 MG SOFTGEL, 0.35 MG CAPSULE, 0.35 MG SOFTGEL, 0.5 MG CAPSULE, 0.5 MG SOFTGEL, 0.75 MG CAPSULE, 0.75 MG SOFTGEL, 1 MG CAPSULE, 1 MG SOFTGEL)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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, 0.25 MG SOFTGEL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
TASIGNA (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TAZVERIK 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
TORPENZ (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TRUQAP 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (64 per 28 days), PA NSO
TUKYSA 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
TURALIO 125 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
VANFLYTA (17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 14 days), PA NSO
VENCLEXTA 10 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
VERZENIO (50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VIJOICE (50 MG GRANULE PACKET, 50 MG TABLET, 125 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
VIZIMPRO (15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VONJO 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 10 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XALKORI 150 MG PELLETT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
XALKORI 20 MG PELLETT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
XALKORI 50 MG PELLETT	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antineoplastics</b>		
XOSPATA 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (8 per 28 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG, 60 MG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (32 per 28 days), PA NSO
ZEJULA (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ZELBORAF 240 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ZYDELIG (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZYKADIA 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<b>Retinoids</b>		
<i>bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)</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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
PANRETIN 0.1% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<i>leucovorin calcium (calcium 5 mg tab, calcium 10 mg tab, calcium 15 mg tab, calcium 25 mg tab, lederle 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesna 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparasitics		
Anthelminthics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparasitics		
Antiprotozoals		
<i>atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25, 250-100)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 3 days)
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
KRINTAFEL 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparasitics		
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antiparkinson Agents</b>		
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
NOURIANZ (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ONGENTYS (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Dopamine Agonists</b>		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEUPRO (1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ONAPGO 98 MG/20 ML CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole 0.75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antiparkinson Agents</b>		
<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)	
<b>Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors</b>		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa (carbidopa-levodopa 10-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 tab, er 50-200 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors</b>		
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

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)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antipsychotics</b>		
<i>loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>2nd Generation/Atypical</b>		
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
<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-\$12.65 (Tier 2)	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (3.2 per 14 days)
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4.8 per 365 days)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.75 per 28 days)
ERZOFRI 156 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1.5 per 28 days)
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2.25 per 28 days)
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.25 per 28 days)
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.5 per 28 days)
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
FANAPT (PACK, PACK A)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (3.5 per 166 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2.63 per 70 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antipsychotics</b>		
<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-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OPIPZA 10 MG FILM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 120 MG SYRINGE KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
PERSERIS ER 90 MG SYRINGE KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
<i>quetiapine fumarate (fumarate 25 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 100 mg tab, 150 mg tablet, fumarate 200 mg tab, fumarate 300 mg tab, fumarate 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
VRAYLAR (0.5 MG CAPSULE, 0.75 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
<i>ziprasidone 20 mg/ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Antipsychotics		
COBENFY (50 MG-20 MG CAPSULE, 100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
COBENFY STARTER PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (52 per 28 days), PA NSO
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-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tizanidine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
DOVATO 50-300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
GENVOYA TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET CHEW)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antivirals</b>		
ISENTRESS 400 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JULUCA 50-25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
STRIBILD TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TIVICAY 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
<b>Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)</b>		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
EDURANT 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
EDURANT PED 2.5MG TAB FOR SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antivirals</b>		
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disoproxil fumarate (400-300-300, 600-300-300)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate 200-25-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
INTELENCE 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<b>Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)</b>		
<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-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
DESCOVY (120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	
<i>lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/30ml sol cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine-zidovudine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ODEFSEY TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Other		
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1840 per 30 days)
SUNLENCA 300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 2 days)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 8 days)
TYBOST 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>lopinavir-ritonavir (lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml, lopinavir-ritonavir 100-25mg tb, lopinavir-ritonavir 200-50mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PREZCOBIX (675 MG-150 MG TABLET, 800 MG-150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antivirals</b>		
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<b>Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents</b>		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (336 per 28 days)
PREVYMIS (240 MG TABLET, 480 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>valganciclovir 450 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Anti-hepatitis B (HBV) Agents</b>		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine 100 mg tablet</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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antivirals</b>		
<i>tenofovir disop fum 300 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIREAD POWDER	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days)
<b>Anti-hepatitis C (HCV) Agents</b>		
EPCLUSA (150-37.5 MG PELLET PKT, 200-50 MG PELLET PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (140 per 28 days)
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antivirals</b>		
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
SOVALDI (150 MG PELLET PACKET, 200 MG PELLET PACKET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
<b>Anti-influenza Agents</b>		
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Antivirals</b>		
<b>Antiherpetic Agents</b>		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp cup, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>famciclovir 125 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>penciclovir 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Antiviral, Coronavirus Agents</b>		
LAGEVRIO 200 MG CAP (EUA)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (40 per 5 days)
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 5 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (11 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 2 mg/ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, hcl 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>meprobamate (200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Benzodiazepines		
<i>alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anxiolytics		
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/ml oral conc, 25 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
<i>oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

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

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)
<i>alogliptin (6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>alogliptin-metformin (12.5-1000, 12.5-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>colesevelam hcl 3.75 g packet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>dapagliflozin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin-metfo er 10-1000</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin-metfor er 5-1000</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide xl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide xl 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-metformin 2.5-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>glyburid-metformin 1.25-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (240 per 30 days)
<i>glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
INVOKAMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TABLET, 150-500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
INVOKANA (100 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JANUMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR (50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JANUVIA (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl (750 mg tablet, 850 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>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-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRULICITY (0.75 MG/0.5 ML PEN, 1.5 MG/0.5 ML PEN, 3 MG/0.5 ML PEN, 4.5 MG/0.5 ML PEN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR (5 MG-500 MG TABLET, 10 MG-500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Blood Glucose Regulators</b>		
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	ST, QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
<b>Glycemic Agents</b>		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 28 days)
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5MG/0.1 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PK 1 MG/0.2 ML	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 2PK 0.5MG/0.1 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE PFS 1-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE PFS 2-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
VYKAT XR 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
VYKAT XR 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
VYKAT XR 75 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 days)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SYRING	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 days)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6ML AUTOINJ	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 days)
Insulins		
FIASP 100 UNIT/ML FLEXTOUCH	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
FIASP 100 UNIT/ML VIAL	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML CART	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG (100 CARTRIDGE, 100 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml crt</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart prot mix 70-30 (mix70-30 pn, mix70-30 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine max solo u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro jr 100 unit/ml</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro mix 75-25 kwkpn</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 (70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (70-30, RELION 70-30)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN (N 100 UNIT/ML, RELION N U-100)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN (R 100 UNIT/ML, RELION R U-100)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG (100 VIAL, RELION 100 VL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN (100 UNIT/ML, RELION U-100)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 MIX 70-30 FLEXPEN (70-30 FLEXPEN, RELION 70-30 FLXPN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

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 mg cap, 110 mg cp, 150 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0-\$12.65 (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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium (2.5 mg/0.5 ml syr, 5 mg/0.4 ml syr, 7.5 mg/0.6 ml syr, 10 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	
FRAGMIN (10,000 UNIT/ML SYRINGE, 10,000 UNITS/ML SYRING)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
FRAGMIN (12,500 UNIT/0.5 ML SYR, 12,500 UNITS/0.5 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (15 per 30 days)
FRAGMIN (15,000 UNIT/0.6 ML SYR, 15,000 UNITS/0.6 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (18 per 30 days)
FRAGMIN (18,000 UNIT/0.72 ML, 18,000 UNITS/0.72 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (22 per 30 days)
FRAGMIN (2,500 UNIT/0.2 ML SYR, 2,500 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (6 per 30 days)
FRAGMIN (25,000 UNITS/ML VIAL, 95,000 UNIT/3.8 ML VL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (22.8 per 30 days)
FRAGMIN (5,000 UNIT/0.2 ML SYR, 5,000 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
FRAGMIN (7,500 UNIT/0.3 ML SYR, 7,500 UNITS/0.3 ML SYR)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (9 per 30 days)
<i>heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>jantoven (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rivaroxaban (1 mg/ml suspension, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
XARELTO (1 MG/ML SUSPENSION, 2.5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 30D)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRINGE, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>eltrombopag 12.5 mg susp pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (360 per 30 days)
<i>eltrombopag 25 mg susp packet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>eltrombopag 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
EPOGEN (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
GRANIX (300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 10,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL, 40,000 UNITS/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
RELEUKO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNIT/ML VIAL, 40,000 UNIT/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridam er 25-200 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA 60 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>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-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (15 per 5 days)
DOPTELET (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TAVALISSE (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>ticagrelor (60 mg tablet, 90 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<b>Alpha-adrenergic Agonists</b>		
<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)	
<b>Alpha-adrenergic Blocking Agents</b>		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<b>Angiotensin II Receptor Antagonists</b>		
<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)
<b>Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors</b>		
<i>benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>benazepril hcl 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lisinopril (30 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Antiarrhythmics</b>		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<i>quinidine gluc er 324 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SOTALOL AF (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<b>Beta-adrenergic Blocking Agents</b>		
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succ er 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<i>timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines</b>		
<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine besylate 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>felodipine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>nifedipine er 90 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<b>Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines</b>		
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 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
TIADYL <sup>®</sup> 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)	
<b>Cardiovascular Agents, Other</b>		
<i>acetazolamide (125 mg tablet, 250 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)</i>	\$0 (Tier 1)	
ATTRUBY 356 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
CAMZYOS (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>digoxin 62.5 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ENTRESTO (24 MG-26 MG TABLET, 49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE (6-6MG PELLETT, 15-16 MG PLT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ivabradine hcl</i> (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>metyrosine</i> 250 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan (24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VANRAFIA 0.75 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
WEGOVY (0.25 MG/0.5 ML PEN, 0.5 MG/0.5 ML PEN, 1 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (1.7 MG/0.75 ML PEN, 2.4 MG/0.75 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
<b>Diuretics, Loop</b>		
<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, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>torseamide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Diuretics, Potassium-sparing</b>		
<i>amiloride hcl 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<i>triamterene 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<b>Diuretics, Thiazide</b>		
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives</b>		
<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)
<b>Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors</b>		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<i>lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (45 per 30 days)
<i>simvastatin 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<b>Dyslipidemics, Other</b>		
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>ezetimibe 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 1 gram capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
JUXTAPID (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JUXTAPID 20 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
JUXTAPID 30 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>omega-3 ethyl esters 1 gm cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PREVALITE (PACKET, POWDER)	\$0 (Tier 1)	
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TRYNGOLZA 80 MG/0.8 ML AUTOINJ	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.8 per 28 days)
<b>Mineralocorticoid Receptor Antagonists</b>		
<i>eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Vasodilators, Direct-acting Arterial</b>		
<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)	
<b>Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous</b>		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<i>isosorbide mononit er 60 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 120 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days)
<i>nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	\$0 (Tier 1)	
<i>sildenafil citrate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days), GC, CB (78 / 365 days), EX

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Central Nervous System Agents</b>		
<b>Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Agents</b>		
RADICAVA ORS (105 MG/5 ML SUSP, STARTER KIT SUSP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (70 per 14 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>riluzole 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>dextroamp-amphetamin 30 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (150 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate (10 mg/9hr, 15 mg/9hr, 20 mg/9hr, 30 mg/9hr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 er (la) (er(la) 10mg cp, er(la) 20mg cp, er(la) 30mg cp, er(la) 40mg cp, er(la) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl cd (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er(cd) 10mg cp, er(cd) 20mg cp, er(cd) 30mg cp, er(cd) 40mg cp, er(cd) 50mg cp, er(cd) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate la (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate sr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Central Nervous System Agents, Other		
AUSTEDO (6 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 9 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR (18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITR(12-18-24-30MG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA (40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA SPRINKLE (40 MG CAP, 60 MG CAP, 80 MG CAP)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Central Nervous System Agents</b>		
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<b>Fibromyalgia Agents</b>		
SAVELLA (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SAVELLA TITRATION PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (55 per 28 days), PA NSO
<b>Multiple Sclerosis Agents</b>		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYR (4PK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML (4PK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>cladribine (10 mg 10 tab 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)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>fingolimod 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
MAVENCLAD (10 MG 10 TABLET PK, 10 MG 4 TABLET PK, 10 MG 5 TABLET PK, 10 MG 6 TABLET PK, 10 MG 7 TABLET PK, 10 MG 8 TABLET PK, 10 MG 9 TABLET PK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
MAYZENT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
MAYZENT 0.25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (7 per 4 days)
PONVORY (14-DAY STARTER PACK, 20 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (Tier 2)	PA
REBIF REBIDOSE (22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, TITRATION PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TASCENSO ODT (ODT 0.25 MG TABLET, ODT 0.5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZEPOSIA (0.92 MG CAPSULE, STARTER KIT (28-DAY), STARTER PACK (7-DAY))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
<i>chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	\$0 (Tier 1)	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
Acne and Rosacea Agents		
ACUTANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Dermatological Agents</b>		
<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% cream, 0.1% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
<i>tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.05% gel, 0.1% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ZENATANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<b>Dermatitis and Pruritus Agents</b>		
ALA-CORT 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Dermatological Agents</b>		
<i>amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>betamethasone diprop augmented (dp 0.05% crm, dp 0.05% gel, dp 0.05% lot, dp 0.05% oin)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone dipropionate (dp 0.05% crm, dp 0.05% lot, dp 0.05% oint, dp aug 0.05% crm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Dermatological Agents</b>		
<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)	
<i>hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Dermatological Agents</b>		
<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, 0.05% ointment, 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 0.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clotrimazole-betamethasone (crm, lot)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA
EUCRISA 2% OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
FILSUVEZ 10% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>fluorouracil (0.5% cream, 5% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluorouracil (2% soln, 5% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (55 per 28 days)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
OTEZLA XR 75 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OTEZLA XR INITIATION PK 28 DAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (41 per 28 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	
QBREXZA 2.4% CLOTH	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SANTYL OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SILVADENE 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SPEVIGO 300 MG/2 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Dermatological Agents</b>		
VTAMA 1% CREAM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZORYVE (0.05% CREAM, 0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<b>Pediculicides/Scabicides</b>		
CROTAN 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
<i>malathion 0.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>permethrin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
<b>Topical Anti-infectives</b>		
<i>acyclovir 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>acyclovir 5% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>clindamycin 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Dermatological Agents</b>		
<i>clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin (2% gel, 2% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mupirocin (2% cream, 2% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naftifine hcl (1% cream, 2% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxiconazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
OXISTAT 1% LOTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ZELSUVMI 10.3% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 Replacements		
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluoride (0.25 mg tablet chew, 0.5 mg tablet chew, 1 mg tablet chewable)</i>	\$0 (Tier 1)	
ISOLYTE S IV SOLN PH7.4	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate 50% syringe</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>multiple electrolytes t1 ph5.5</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>multiple electrolytes t1 ph7.4</i>	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 0.9% vial, 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>tolvaptan (15 mg tablet, 15 mg-15 mg tablet, 30 mg tablet, 30 mg-15 mg tablet, 45 mg-15 mg tablet, 60 mg-30 mg tablet, 90 mg-30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>trientine hcl 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
ALTRIXA OB PRENATAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
CLINIMIX (4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CLINIMIX E (2.75%-5% SOLUTION, 4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CLINISOL 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
CLINOLIPID (20% (100 GM/500 ML), 20% (20 GM/100 ML), 20% (200 GM/1000ML), 20% (50 GM/250 ML))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>dextrose 10%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (Tier 2)	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl iv</i>	\$0-\$12.65 (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 in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose 5%-0.9% nacl 1000 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-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 cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
MATERNACEL PRENATAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MATERVIA PRENATAL CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NATAL PNV TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NEO-VITAL RX TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NEOMATERNA PRENATAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PREMASOL 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PROSOL 20% INJECTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TPN ELECTROLYTES VIAL	\$0 (Tier 1)	
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
VITALARA PRENATAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
WESNATAL DHA COMPLETE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
Phosphate Binders		
<i>calcium acetate (667 mg capsule, 667 mg gelcap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer carbonate (0.8 gm powder packet, 2.4 gm powder packet, carbonate 800 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer hcl (400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Potassium Binders		
KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (34 per 30 days)
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 polystyrene sulfonate (sodium polystyrene sulf powder, sps 15 gm/60 ml suspension, sps 30 gm/120 ml enema, sps 50 gm/200 ml enema)</i>	\$0 (Tier 1)	
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	\$0 (Tier 1)	

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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Gastrointestinal Agents</b>		
<i>lactulose (10 gm packet, 20 gm packet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
RELISTOR (8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML KIT, 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
SUTAB 1.479-0.225-0.188 GM TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5, diphenoxylate-atrop 2.5-0.025)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XERMELO 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
Gastrointestinal Agents, Other		
GATTEX 5 MG INJECTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GAVILYTE-C SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-G SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-N SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GOLYTELY SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
IQIRVO 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg-3350 and electrolytes soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	\$0 (Tier 1)	
SEROSTIM 6 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Gastrointestinal Agents</b>		
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VELSIPITY 2 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
VOQUEZNA DUAL PAK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (112 per 14 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (112 per 14 days)
VOWST CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (12 per 3 days)
<b>Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists</b>		
<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)	
<b>Protectants</b>		
<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 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
AQNEURSA 1 GRAM GRANULE PACKET	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ARALAST NP (500 MG VIAL, 1,000 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>betaine 1 gram/scoop powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA
CTEXLI 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
DAYBUE 200 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
DAYBUE STIX (5,000 MG PACKET, 6,000 MG PACKET)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
DAYBUE STIX 8,000 MG PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dichlorphenamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (420 per 30 days)
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)
GLASSIA (1 GM/50 ML VIAL, 4 GM /200 ML VIAL, 5 GM /250 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>glycerol phenylbut 1.1 gram/ml</i>	\$0 (Tier 1)	PA
JAVYGTOR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
JOENJA 70 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>L-glutamine 5 gram powder pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
MIPLYFFA (47 MG CAPSULE, 62 MG CAPSULE, 93 MG CAPSULE, 124 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ORMALVI 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5 ML SYRINGE, 10 MG/0.5 ML SYRINGE, 20 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA
PERTZYE (DR 4,000 CAPSULE, DR 8,000 CAPSULE, DR 16,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PLENAMINE 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
PROLASTIN C (1,000 MG VIAL, 1,000 MG/20 ML VL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PYRUKYND (20-5 MG PACK, 50-20 MG PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (14 per 14 days)
PYRUKYND 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (7 per 7 days)
PYRUKYND 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
RIVFLOZA 128 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.8 per 28 days)
RIVFLOZA 160 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.5 per 28 days)
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 20,880-78,300 UNITS TB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
WAINUA 45 MG/0.8 ML AUTOINJECT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
WELIREG 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
XROMI 100 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
YARGESA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ZEMAIRA (1,000 MG VIAL, 4,000 MG VIAL, 5,000 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZENPEP (DR 3,000 CAPSULE, DR 5,000 CAPSULE, DR 10,000 CAPSULE, DR 15,000 CAPSULE, DR 20,000 CAPSULE, DR 25,000 CAPSULE, DR 40,000 CAPSULE, DR 60,000 CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

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)	
GEMTESA 75 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
MYRBETRIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (100 per 10 days)
<i>oxybutynin chloride (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tablet, er 10 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Genitourinary Agents</b>		
<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)
<b>Benign Prostatic Hypertrophy Agents</b>		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>finasteride 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Genitourinary Agents, Other</b>		
<i>bethanechol chloride (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELMIRON 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genitourinary Agents		
LITHOSTAT 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tiopronin (100 mg tablet, dr 100 mg tablet, dr 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VENXXIVA (DR 100 MG TABLET, DR 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

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-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT (40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CORTROPHIN (GEL 40 UNIT/0.5 ML, GEL 80 UNIT/ML SYR)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml cup, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fludrocortisone 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
JAYTHARI (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
KYMBEE (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>prednisolone sodium phosphate (sod 1% eye drop, 5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
PYQUVI 22.75 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	PA

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)		
CRENESSITY (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desmopressin acetate (0.01% solution, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA SV 2 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
EGRIFTA WR (11.6 MG VIAL, 11.6MG FOUR-VL KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (4 per 28 days)
GENOTROPIN (MINIQUICK 0.2 MG, MINIQUICK 0.4 MG, MINIQUICK 0.6 MG, MINIQUICK 0.8 MG, MINIQUICK 1 MG, MINIQUICK 1.2 MG, MINIQUICK 1.4 MG, MINIQUICK 1.6 MG, MINIQUICK 1.8 MG, MINIQUICK 2 MG, 5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMATROPE (6 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE, 24 MG CARTRIDGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
NORDITROPIN FLEXPRO (5 MG/1.5, 10 MG/1.5, 15 MG/1.5)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SEROSTIM (4 MG VIAL, 5 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYTROFA (0.7 MG CARTRIDGE, 1.4 MG CARTRIDGE, 1.8 MG CARTRIDGE, 2.1 MG CARTRIDGE, 2.5 MG CARTRIDGE, 3 MG CARTRIDGE, 3.6 MG CARTRIDGE, 4.3 MG CARTRIDGE, 5.2 MG CARTRIDGE, 6.3 MG CARTRIDGE, 7.6 MG CARTRIDGE, 9.1 MG CARTRIDGE, 11 MG CARTRIDGE, 13.3 MG CARTRIDGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
SOGROYA (5 MG/1.5 ML PEN, 10 MG/1.5 ML PEN, 15 MG/1.5 ML PEN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZOMACTON (5 MG VIAL, 10 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (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 cypionate (testosteron 2,000 mg/10 ml, testosterone 100 mg/ml, testosterone 200 mg/ml, testosterone 500 mg/2.5 ml, testosterone 500 mg/5 ml, testosterone 1,000 mg/10ml, testosterone 1,000 mg/5 ml, testosterone 2,000 mg/10ml, testosterone 6,000 mg/30ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>conjugated estrogens (estrogen 0.625mg tb, estrogens 0.3 mg tb, estrogens 0.45mg tb, estrogens 0.9 mg tb, estrogens 1.25mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	
DOTTI (0.025 MG PATCH, 0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
ESTRACE 0.01% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.01% cream, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol (twice weekly) (0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol 0.05 mg patch (1/wk)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol valerate (20 mg/ml vl, 40 mg/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
ESTRING (2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG RING)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
FEMRING (0.05 VAG RING, 0.10 VAG RING)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
IMVEXXY (4 MCG MAINTENANCE PACK, 4 MCG STARTER PACK, 10 MCG MAINTENANCE PAK, 10 MCG STARTER PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (18 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
LYLLANA (0.025 MG PATCH, 0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
MENOSTAR 14 MCG/DAY PATCH	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
YUVAFEM (10 MCG INSERT, 10 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers), Other		
ABIGALE 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ABIGALE LO 0.5-0.1 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ACTIVELLA 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALTAVERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ANGELIQ (0.25 MG-0.5 MG TABLET, 0.5 MG-1 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
APRI 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
ARANELLE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ASHLYNA 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
AUBRA EQ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AUBRA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AVIANE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AZURETTE 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
BALCOLTRA TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BALZIVA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BEYAZ 28 TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BLISOVI 24 FE TABLET	\$0 (Tier 1)	
BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BRIELLYN 0.4 MG-0.035 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
CAMRESE LO TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
CLIMARA PRO PATCH	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
COMBIPATCH (0.05-0.14 MG, 0.05-0.25 MG)	\$0-\$12.65 (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)	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELURYNG VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENILLORING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENPRESSE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ENSKYCE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-norethindrone acetat</i> (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i> (1mg-35mcg, 1mg-50mcg)	\$0 (Tier 1)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	
FALMINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
FEIRZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
FEMLYV 1 MG-0.02 MG ODT	\$0 (Tier 1)	
FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEW TAB	\$0 (Tier 1)	
FYAVOLV (0.5 MG-2.5 MCG TABLET, 1 MG-5 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
GALBRIELA 0.8-0.025 MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 FE 1-20 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INTRAROSA 6.5 MG VAG INSERT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
INTROVALE 0.15-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JAIMIESS 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JOYEAUX-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
JULEBER 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JUNEL (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)	
KURVELO-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KYLEENA 19.5 MG SYSTEM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
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)	
LESSINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LEVONEST-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e estrad 0.15-0.03-0.01, levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01, levonorg 0.15mg-ee 20-25-30mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>levonorgestrel-eth estradiol</i> ( <i>estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1-0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic</i> )	\$0 (Tier 1)	
LILETTA 52 MG SYSTEM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
LOESTRIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOESTRIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOJAIMIESS 0.1-0.02-0.01 TAB	\$0 (Tier 1)	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LUIZZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LUTERA-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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
MARLISSA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MINZOYA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIRENA 52 MG SYSTEM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NATAZIA 28 TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NECON 0.5-35-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXTSTELLIS 3-14.2 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norelgestrom-ee 150-35 mcg/day</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind-eth 1-0.02 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (1 mg/20-30-35 mcg, 1-0.02(21)-75 tab, 1-0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NORTREL (0.5-35-28 TABLET, 1-35 21 TABLET, 1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
NUVARING VAGINAL RING	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NYLIA (1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
PIMTREA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
PORTIA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMPHASE 0.625-5 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
RIVELSA TABLET	\$0 (Tier 1)	
ROSYRAH TABLET	\$0 (Tier 1)	
SAFYRAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
SKYLA 13.5 MG SYSTEM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SPRINTEC 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
SYEDA 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 EQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TILIA FE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-MILI 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRIVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TURQOZ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TYDEMY 3-0.03-0.451 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
VALTYA (1 MG-35 MCG TABLET, 1 MG-50 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
VELIVET 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIENVA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIORELE 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
WYMZYA FE (0.4-0.035 MG CHEW TB, CHEWABLE TABLET)	\$0 (Tier 1)	
XARAH FE 1 MG/20-30-35 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
XELRIA FE 0.4-0.035 MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
YASMIN 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
YAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35 TABLET	\$0 (Tier 1)	
Progestins		
CAMILA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
CRINONE (4% GEL, 8% GEL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ERRIN 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
GALLIFREY 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
HEATHER 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INCASSIA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYLEQ 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYZA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>megestrol 400 mg/10ml susp cup</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>megestrol acetate 40mg/ml oral suspension</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MELEYA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NORA-BE TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrn 5 mg tb (lupaneta)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ORQUIDEA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)	
LIOMNY (5 MCG TABLET, 25 MCG TABLET, 50 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
REZDIFFRA (60 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SYNTHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
THYQUIDITY 100 MCG/5 ML SOLN	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)		
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)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 or Pituitary)		
ELIGARD 45 MG SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
FIRMAGON (2 X 120 MG KIT, 2 X 120 MG VIALS, 80 MG KIT, 80 MG VIAL, 120 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<i>leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>leuprolide depot 22.5 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (DEPOT 3.75 MG KIT, DEPOT-4 MONTH KIT, DEPOT 7.5 MG KIT, DEPOT 11.25 MG 3MO KIT, DEPOT 22.5 MG 3MO KIT, DEPOT 45 MG 6MO KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 or Pituitary)		
LUPRON DEPOT-PED (7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO, 45 MG 6MO KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ORIAHNN 300-1-0.5MG/300MG CAPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
RECORLEV 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 or Pituitary)		
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TRELSTAR (3.75 MG VIAL, 11.25 MG VIAL, 22.5 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Immunological Agents</b>		
DAWNZERA 80 MG/0.8 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ORLADEYO (110 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA
<b>Immunoglobulins</b>		
BIVIGAM (5 GM/50 ML (10%) VIAL, 10 GM/100 ML (10%) VL, LIQUID 10% VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD LIQUID ERC (LIQUID 5 G/50 ML, LIQUID 10G/100ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GAMMAKED 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
PANZYGA (10% (1 G/10 ML) VIAL, 10% (10 G/100 ML) VIAL, 10% (2.5 G/25 ML) VIAL, 10% (20 G/200 ML) VIAL, 10% (30 G/300 ML) VIAL, 10% (5 G/50 ML) VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PRIVIGEN 10% VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
YIMMUGO (10% (10 GM/100 ML) VL, 10% (20 GM/200 ML) VL, 10% (5 GM/50 ML) VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Immunological Agents		
FABHALTA 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
TARPEYO DR 4 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
VOYDEYA (100 MG TABLET, 150 MG DOSE TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ANDEMBRY 200 MG/1.2 ML AUTOINJ	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ARCALYST 220 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>auranofin 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
BIMZELX (160 MG/ML SYRINGE, 320 MG/2 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
BIMZELX AUTOINJECTOR (160 MG/ML AUTOINJECTOR, 320 MG/2 ML AUTOINJECT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX SNRDY 300MG DOSE-2PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX SYRINGE (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
DUPIXENT PEN (200 MG/1.14 ML PEN, 300 MG/2 ML PEN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
DUPIXENT SYRINGE (200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
EMPAVELI 1,080 MG/20 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (160 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
LEQSELVI 8 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
LITFULO 50 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG DOSE - 2 SYRINGES, 200 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG DOSE - 2 SYRINGES)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
OMVOH PEN (100 MG/ML PEN, 200 MG DOSE - 2 PENS, 200 MG/2 ML PEN, 300 MG DOSE - 2 PENS)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1260 per 28 days)
SELARSDI (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
SILIQ 210 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SOTYKTU 6 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SPEVIGO 150 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
STEQEYMA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TALTZ SYRINGE (20 MG/0.25 ML SYRINGE, 40 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA INDCT 200MG/2ML X2 PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>ustekinumab (45 mg/0.5 ml vial, 45mg/0.5ml syringe, 90 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ustekinumab-aauz (45 mg syringe, 90 mg/ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
XELJANZ (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
XELJANZ XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
XOLAIR (75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

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

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Immunological Agents</b>		
YESINTEK (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SYRN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (12 per 28 days)
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SYRING	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (17 per 28 days)
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SYRNG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (23 per 28 days)
<b>Immunostimulants</b>		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LEUKINE 250 MCG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<b>Immunosuppressants</b>		
ASTAGRAF XL (0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA BVD

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (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)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) (CDV HUMIRA(CF) 10 MG/0.1ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 20 MG/0.2ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 40 MG/0.4ML SYR, HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING, HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING, HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN (CDV HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4ML, CDV HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8ML, HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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) PEN CRHN-UC-HS 80MG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-AHS 80-40	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HYFTOR 0.2% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	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 (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SIMLANDI(CF) (SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 ML, SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR (SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML, SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SIMPONI (100 MG/ML PEN INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
SIMPONI (50 MG/0.5 ML PEN INJEC, 50 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<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
TYENNE 162 MG/0.9 ML AUTOINJCT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (Tier 2)	
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA BVD
Vaccines		
ABRYSVO VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ACTHIB VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
AREXVY VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>bcg vaccine (tice strain) vial</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (Tier 2)	
ENGERIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ENGERIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HIBERIX VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
INFANRIX DTAP VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
IPOL VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
IXIARO VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
JYNNEOS VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
KINRIX VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
M-M-R II VACCINE VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MENACTRA VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MENQUADFI VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MENVEO VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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-\$12.65 (Tier 2)	
PENBRAYA VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PENTACEL VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PRIORIX VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PROQUAD VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
RABAVERT VACCINE	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ROTATEQ VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SHINGRIX VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 365 days)
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TYPHIM VI (25 MCG/0.5 ML AL, 25 MCG/0.5 ML SYRNG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
VAXCHORA VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
VIVOTIF EC CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates and/or Prodrugs		
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Inflammatory Bowel Disease Agents</b>		
<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-\$12.65 (Tier 2)	QL (480 per 30 days)
<i>sulfasalazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfasalazine dr 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Glucocorticoids</b>		
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
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)
BONSITY 560 MCG/2.24 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
<i>calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>teriparatide 560mcg/2.24ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 30 days)
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.12 per 28 days)
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.96 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2.8 per 28 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
<i>atropine 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-bacit-polymix eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Ophthalmic Agents</b>		
<i>pilocarpine hcl 1.25% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (7 per 30 days)
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i>	\$0 (Tier 1)	
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (8.4 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<b>Ophthalmic Anti-Infectives</b>		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>besifloxacin 0.6% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>ciprofloxacin 0.3% eye 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide 10% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
XDEMYVY 0.25% DROP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
<i>bromfenac sodium 0.09% eye drp</i>	\$0 (Tier 1)	
<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-\$12.65 (Tier 2)	PA
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flurbiprofen 0.03% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Ophthalmic Agents</b>		
<i>ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol 0.5% ophthalmc gel</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol etabonate (0.2% drp, 0.5% drp)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (6 per 180 days)
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents</b>		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>carteolol hcl 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levobunolol 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Ophthalmic Agents</b>		
<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)	
<b>Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other</b>		
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>apraclonidine hcl 0.5% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>brimonidine-timolol 0.2%-0.5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>brinzolamide 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	ST

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>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-\$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 30 days)
<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		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciproflox-dexameth otic susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin-hydrocort 0.2-1%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinolone oil 0.01% ear drp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear susp</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Otic Agents		
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	\$0 (Tier 1)	

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-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flunisolide 0.025% spray</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
<i>fluticasone prop 100mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>fluticasone prop 250 mcg disk</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0-\$12.65 (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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Respiratory Tract/Pulmonary Agents</b>		
<i>cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocetirizine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<b>Antileukotrienes</b>		
<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)
<b>Bronchodilators, Anticholinergic</b>		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>tiotropium 18 mcg cap-inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
<i>arformoterol 15 mcg/2 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>epinephrine (0.15 mg auto-injct, 0.3 mg auto-inject)</i>	\$0 (Tier 1)	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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>levalbuterol conc 1.25 mg/0.5</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol tar hfa 45mcg inh</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
NEFFY (1 MG/0.1 ML NASAL SPRAY, 2 MG/0.1 ML NASAL SPRAY)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS 50 MCG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
Cystic Fibrosis Agents		
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
KALYDECO (5.8 MG GRANULES PKT, 13.4 MG GRANULES PKT, 25 MG GRANULES PACKET, 50 MG GRANULES PACKET, 75 MG GRANULES PACKET, 150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
ORKAMBI (100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SYMDEKO (50/75 MG-75 MG TABLETS, 100/150 MG-150 MG TABS)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>theophylline 80 mg/15 ml cup</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
OPSUMIT 10 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA
OPSYNVI (10-20 MG TABLET, 10-40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA, QL (30 per 30 days)
ORENITRAM ER (ER 0.125 MG TABLET, ER 0.25 MG TABLET, ER 1 MG TABLET, ER 2.5 MG TABLET, ER 5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>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-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
TYVASO DPI (16 MCG CARTRIDGE, 16-32-48 MCG TITRAT, 32 MCG CARTRIDGE, 32-64 MCG MAINT KIT, 48 MCG CARTRIDGE, 48-64 MCG MAINT KIT, 64 MCG CARTRIDGE, 80 MCG CARTRIDGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
UPTRAVI (200 MCG TABLET, 400 MCG TABLET, 600 MCG TABLET, 800 MCG TABLET, 1,000 MCG TABLET, 1,200 MCG TABLET, 1,400 MCG TABLET, 1,600 MCG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
Pulmonary Fibrosis Agents		
JASCAYD (9 MG TABLET, 18 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine (10% vial, 20% vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALER	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (10.7 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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		
BRINSUPRI (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>fluticasone prop hfa 220 mcg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol hfa (45-21, 115-21, 230-21)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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>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-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.4 per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT (INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (28), INHALER (60))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
WINREVAIR (2 PACK) (45 MG KIT, 60 MG KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
WINREVAIR 45 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
WINREVAIR 60 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>orphenadrine er 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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, QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon 8 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
<b>Sleep Disorder Agents</b>		
<i>zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<b>Wakefulness Promoting Agents</b>		
<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
XYWAV 0.5 GM/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://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 &amp; dressings - pads 2 x 2</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>insulin pen needle</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>needles, insulin disp., safety</i>	\$0 (Tier 1)	ST, 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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](http://www.caloptima.org/onecare) مراجعه نمایید.

<b>لیست داروهای تحت پوشش</b>	ACTIVELLA.....	199	ALYFTREK.....	259
در این قسمت می توانید دارو را با جستجوی نام دارو بر اساس حروف الفبا پیدا کنید. با اینکار شماره صفحه را پیدا کرده که در آن می توانید اطلاعات اضافی مربوط به پوشش را برای داروی خود پیدا کنید.	<i>acyclovir</i> .....	113,168	ALYQ.....	257
	<i>acyclovir sodium</i> .....	113	<i>amantadine</i> .....	92
	ADACEL TDAP.....	235	<i>ambrisentan</i> .....	257
	<i>adefovir dipivoxil</i> .....	110	<i>amcinonide</i> .....	163
	ADEMPAS.....	256	<i>amikacin sulfate</i> .....	30
	AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	64	<i>amiloride hcl</i> .....	147
	AJOVY AUTOINJECTOR.....	64	<i>amiloride-</i>	
	AJOVY AUTOINJECTOR (3 PACK).....	64	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	143
	AJOVY SYRINGE.....	64	Aminoglycosides.....	30
	AKEEGA.....	73	Aminosalicylates and/or Prodrugs.....	240
	ALA-CORT.....	162	<i>amiodarone hcl</i> .....	136
	<i>albendazole</i> .....	90	<i>amitriptyline hcl</i> .....	57
	<i>albuterol sulfate</i> .....	253	<i>amlodipine besylate</i> .....	140
	<i>albuterol sulfate hfa</i> .....	253	<i>amlodipine besylate-</i>	
	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Proair generic)</i> .....	253	<i>benazepril</i> .....	143
	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Proventil generic)</i> .....	253	<i>amlodipine-atorvastatin</i> .....	143
	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Ventolin generic)</i> .....	253	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	143
	Alcohol Deterrents/Anti-craving.....	28	<i>amlodipine-valsartan</i> .....	143
	ALECENSA.....	73	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> .....	143
	<i>alendronate sodium</i> .....	242	<i>ammonium lactate</i> .....	163
	<i>alfuzosin hcl er</i> .....	190	AMNESTEEM.....	161
	<i>aliskiren</i> .....	143	<i>amoxapine</i> .....	57
	Alkylating Agents.....	68	<i>amoxicillin</i> .....	35
	<i>allopurinol</i> .....	63	<i>amoxicillin-clavulanate potass</i> .....	35
	<i>alogliptin</i> .....	116	<i>amphotericin b</i> .....	60
	<i>alogliptin-metformin</i> .....	116	<i>amphotericin b liposome</i> .....	60
	<i>alose tron hcl</i> .....	180	<i>ampicillin sodium</i> .....	36
	Alpha-adrenergic Agonists.....	134	<i>ampicillin trihydrate</i> .....	36
	Alpha-adrenergic Blocking Agents.....	134	<i>ampicillin-sulbactam</i> .....	36
	<i>alprazolam</i> .....	114,115	Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Agents.....	152
	ALTAVERA.....	199	<i>anagrelide hcl</i> .....	129
	ALTRIXA OB.....	173	ANALGESICS.....	22
	ALUNBRIG.....	73	Analgesics.....	22
	ALYACEN.....	199	Analgesics Combinations.....	22
			<i>anastrozole</i> .....	73
			ANDEMBRY	
			AUTOINJECTOR.....	223

Androgens.....	196	ANTIBACTERIALS.....	30	Antispasticity Agents.....	104
ANESTHETICS.....	27	Antibacterials, Other.....	30	Antithyroid Agents.....	219
ANGELIQ.....	199	Anticholinergics.....	92	Antituberculars.....	67
Angioedema Agents.....	219	Anticoagulants.....	126	Antiviral, Coronavirus	
Angiotensin II Receptor		ANTICONVULSANTS.....	41	Agents.....	113
Antagonists.....	135	Anticonvulsants, Other.....	41	ANTIVIRALS.....	104
Angiotensin-converting Enzyme		ANTIDEMENTIA AGENTS..	50	ANUSOL-HC.....	241
(ACE) Inhibitors.....	135	ANTIDEPRESSANTS.....	51	ANXIOLYTICS.....	114
ANNOVERA.....	197	Antidepressants, Other.....	51	Anxiolytics, Other.....	114
Anthelmintics.....	90	Antidiabetic Agents.....	116	<i>apraclonidine hcl</i> .....	249
ANTI-		ANTIEMETICS.....	58	<i>aprepitant</i> .....	59,60
ADDICTION/SUBSTANCE		Antiemetics, Other.....	58	APRI.....	200
ABUSE TREATMENT		Antiestrogens/Modifiers.....	70	APTIVUS.....	108
AGENTS.....	28	ANTIFUNGALS.....	60	AQNEURSA.....	183
Anti-Constipation Agents.....	178	Antifungals.....	60	ARALAST NP.....	184
Anti-cytomegalovirus (CMV)		ANTIGOUT AGENTS.....	63	ARANELLE.....	200
Agents.....	110	Antigout Agents.....	63	ARANESP.....	129
Anti-diarrheal Agents.....	180	Antiherpetic Agents.....	113	ARCALYST.....	223
Anti-hepatitis B (HBV)		Antihistamines.....	251	AREXVY VACCINE.....	235
Agents.....	110	Antileukotrienes.....	252	<i>arformoterol tartrate</i> .....	253
Anti-hepatitis C (HCV)		Antimetabolites.....	70	ARIKAYCE.....	30
Agents.....	111	ANTIMIGRAINE AGENTS..	64	<i>aripiprazole</i> .....	97
Anti-HIV Agents, Integrase		Antimigraine Agents.....	64	<i>aripiprazole odt</i> .....	97
Inhibitors (INSTI).....	104	ANTIMYASTHENIC		ARISTADA.....	97
Anti-HIV Agents, Non-		AGENTS.....	66	ARISTADA INITIO.....	97
nucleoside Reverse		ANTIMYCOBACTERIALS..	67	<i>armodafinil</i> .....	263
Transcriptase Inhibitors		Antimycobacterials, Other.....	67	ARNUIITY ELLIPTA.....	251
(NNRTI).....	105	ANTINEOPLASTICS.....	68	Aromatase Inhibitors, 3rd	
Anti-HIV Agents, Nucleoside		Antineoplastics.....	71	Generation.....	73
and Nucleotide Reverse		Antineoplastics, Other.....	71	<i>asenapine maleate</i> .....	97
Transcriptase Inhibitors		ANTIPARASITICS.....	90	ASHLYNA.....	200
(NRTI).....	106	ANTIPARKINSON AGENTS.	92	<i>aspirin-dipyridamole er</i> .....	132
Anti-HIV Agents, Other.....	108	Antiparkinson Agents, Other.	92	ASTAGRAF XL.....	229
Anti-HIV Agents, Protease		Antiprotozoals.....	91	<i>atazanavir sulfate</i> .....	108
Inhibitors (PI).....	108	ANTIPSYCHOTICS.....	95	<i>atenolol</i> .....	138
Anti-inflammatories, Inhaled		Antipsychotics.....	103	<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	144
Corticosteroids.....	251	Antispasmodics,		<i>atomoxetine hcl</i> .....	154
Anti-influenza Agents.....	112	Gastrointestinal.....	180	<i>atorvastatin calcium</i> .....	148
Antiandrogens.....	68	Antispasmodics, Urinary.....	189	<i>atovaquone</i> .....	91
Antiangiogenic Agents.....	69	ANTISPASTICITY		<i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....	91
Antiarrhythmics.....	136	AGENTS.....	104	<i>atropine 1% eye drop</i> .....	244

ATROVENT HFA.....	252	<i>baclofen</i> .....	104	<i>bimatoprost</i> .....	249
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines.....	153	BALCOLTRA.....	200	BIMZELX.....	223
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines.....	154	<i>balsalazide disodium</i> .....	240	BIMZELX AUTOINJECTOR.....	224
ATTRUBY.....	144	BALVERSA.....	73,74	BIPOLAR AGENTS.....	116
AUBRA.....	200	BALZIVA.....	200	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	138
AUBRA EQ.....	200	BAQSIMI.....	121	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	144
AUGTYRO.....	71	BARACLUDGE.....	110	BIVIGAM.....	220
<i>auranofin</i> .....	223	BAXDELA.....	39	BLISOVI 24 FE.....	200
AUSTEDO.....	155,156	<i>bcg vaccine (tice strain)</i> .....	235	BLISOVI FE.....	200
AUSTEDO XR.....	156	<i>benazepril hcl</i> .....	135	BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	116
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4).....	156	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> .....	144	BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	126
AUVELITY.....	51	Benign Prostatic Hypertrophy Agents.....	190	Blood Products and Modifiers, Other.....	129
AVIANE.....	200	BENLYSTA.....	223	BLUJEPa.....	31
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	71	Benzodiazepines.....	114	BONSITY.....	242
AVONEX.....	157	<i>benztropine mesylate</i> .....	92	BOOSTRIX TDAP.....	235
AVONEX (4 PACK).....	158	<i>besifloxacin hcl</i> .....	245	<i>bosentan</i> .....	257
AVONEX PEN.....	158	BESREMI.....	229	BOSULIF.....	74
AVONEX PEN (4 PACK).....	158	Beta-adrenergic Blocking Agents.....	138	BRAFTOVI.....	74
AVYCAZ.....	33	Beta-lactam, Cephalosporins.....	33	BREO ELLIPTA.....	259
AYVAKIT.....	73	Beta-lactam, Penicillins.....	35	BREYNA.....	259
AZASAN.....	230	<i>betaine anhydrous</i> .....	184	BREZTRI AEROSPHERE.....	259
AZASITE.....	245	<i>betamethasone diprop augmented</i> .....	163	BRIELLYN.....	200
<i>azathioprine</i> .....	230	<i>betamethasone dipropionate</i> .....	163	BRILINTA.....	132
<i>azelaic acid</i> .....	162	<i>betamethasone valerate</i> .....	163	<i>brimonidine tartrate</i> .....	249
<i>azelastine hcl</i> .....	247,251	BETASERON 0.3 MG INJECTION.....	158	<i>brimonidine tartrate-timolol</i> .....	249
<i>azithromycin</i> .....	38	<i>betaxolol hcl</i> .....	138,248	BRINSUPRI.....	260
<i>azithromycin 250 mg tablet (dose pack)</i> .....	38	<i>bethanechol chloride</i> .....	190	<i>brinzolamide</i> .....	249
<i>azithromycin 500 mg tablet (dose pack)</i> .....	38	BETOPTIC S.....	248	BRIVIACT.....	41
<i>aztreonam</i> .....	30	<i>bexarotene</i> .....	89	<i>bromfenac sodium</i> .....	247
AZURETTE.....	200	BEXSERO.....	235	<i>bromocriptine mesylate</i> .....	93
<b>B</b>		BEYAZ.....	200	Bronchodilators, Anticholinergic.....	252
<i>bacitracin</i> .....	245	<i>bicalutamide</i> .....	68	Bronchodilators, Sympathomimetic.....	253
<i>bacitracin-polymyxin</i> .....	245	BICILLIN C-R.....	36	BRUKINSA.....	74
		BICILLIN L-A.....	36	<i>budesonide</i> .....	241,251
		BIKTARVY.....	104	<i>budesonide dr</i> .....	241

<i>budesonide ec</i> .....	241	<i>carbidopa</i> .....	94	<i>chlorhexidine gluconate</i> ....	161
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> .....	260	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	94	<i>chloroquine phosphate</i> .....	91
<i>bumetanide</i> .....	147	<i>carbidopa-levodopa er</i> .....	94	<i>chlorpromazine hcl</i> .....	95
<i>buprenorphine hcl</i> .....	28	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> .....	92	<i>chlorthalidone</i> .....	148
<i>buprenorphine-naloxone</i> .....	28	CARDIOVASCULAR AGENTS.....	134	CHOLBAM.....	184
<i>bupropion hcl</i> .....	51	Cardiovascular Agents, Other.....	142	<i>cholestyramine</i> .....	149
<i>bupropion hcl sr</i> .....	29,51	<i>carglumic acid</i> .....	170	<i>cholestyramine light</i> .....	149
<i>bupropion xl</i> .....	51	<i>carisoprodol</i> .....	262	Cholinesterase Inhibitors....	50
<i>buspironone hcl</i> .....	114	<i>carteolol hcl</i> .....	248	<i>ciclopirox</i> .....	168
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	22	CARTIA XT.....	140	<i>cilostazol</i> .....	133
<b>C</b>					
<i>cabergoline</i> .....	216	<i>carvedilol</i> .....	138	CILOXAN.....	245
CABLIVI 11 MG VIAL KIT...	132	<i>casprofungin acetate</i> .....	60	CIMDUO.....	106
CABOMETYX.....	74	CAYSTON.....	254	<i>cimetidine</i> .....	182
<i>calcipotriene</i> .....	166	<i>cefaclor</i> .....	33	CIMZIA (2 PACK).....	230
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists.....	64	<i>cefadroxil</i> .....	33	CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT.....	230
<i>calcitonin-salmon</i> .....	242	<i>cefazolin sodium</i> .....	33	<i>cinacalcet hcl</i> .....	242
<i>calcitriol</i> .....	242	<i>cefdinir</i> .....	33	CINRYZE.....	219
<i>calcium acetate</i> .....	177	<i>cefepime hcl</i> .....	33	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	39,245
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines...	140	<i>cefepime</i> .....	34	<i>ciprofloxacin-d5w</i> .....	39
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines.....	140	<i>cefepime hcl</i> .....	33	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	250
Calcium Channel Modifying Agents.....	44	<i>cefprozil</i> .....	34	<i>ciprofloxacin-hydrocortisone</i> .....	250
CALQUENCE.....	74	<i>ceftaroline fosamil</i> .....	34	<i>citalopram hbr</i> .....	53
CAMILA.....	211	<i>ceftazidime</i> .....	34	<i>cladribine</i> .....	158
CAMRESE LO.....	200	<i>ceftriaxone</i> .....	34	CLARAVIS.....	162
CAMZYOS.....	144	<i>cefuroxime</i> .....	34	<i>clarithromycin</i> .....	39
<i>candesartan cilexetil</i> .....	135	<i>cefuroxime sodium</i> .....	35	CLEOCIN.....	168
CAPLYTA.....	97	<i>celecoxib</i> .....	23	CLIMARA PRO.....	201
CAPRELSA.....	74,75	CELLCEPT.....	230	<i>clindamycin (pediatric)</i> .....	31
<i>carbamazepine</i> .....	47	CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	152	<i>clindamycin 1% gel</i> .....	168
<i>carbamazepine er</i> .....	48	Central Nervous System Agents, Other.....	155	<i>clindamycin hcl</i> .....	31
Carbapenems.....	38	<i>cephalexin</i> .....	35	<i>clindamycin pediatric</i> .....	31
		<i>cevimeline hcl</i> .....	160	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> .....	162
		CHEMET.....	172	<i>clindamycin phosphate</i> .....	31,169
		<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	115	<i>clindamycin phosphate-d5w</i> .....	31
				CLINIMIX.....	173
				CLINIMIX E.....	173
				CLINISOL.....	173

CLINOLIPID.....	173	COSENTYX SENSOREADY	DAWNZERA.....	220
<i>clobazam</i> .....	44	PEN.....	DAYBUE.....	184
<i>clobetasol emollient</i> .....	163	COSENTYX SYRINGE.....	DAYBUE STIX.....	184,185
<i>clobetasol propionate</i> .....	163	COSENTYX UNOREADY	DEBLITANE.....	211
<i>clomipramine hcl</i> .....	57	PEN.....	<i>deferasirox</i> .....	172
<i>clonazepam</i> .....	45	COTELLIC.....	<i>deferiprone</i> .....	172
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i> .....	45	CRENESSITY.....	<i>deferiprone (3 times a day)</i> .....	172
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i> .....	45	CREON.....	<i>deflazacort</i> .....	192
<i>clonazepam 1 mg odt</i> .....	45	CRESEMBA.....	DELSTRIGO.....	105
<i>clonidine</i> .....	134	CRINONE.....	<i>demeclocycline hcl</i> .....	40
<i>clonidine hcl</i> .....	134	<i>cromolyn sodium</i> .....	DENTAL AND ORAL	
<i>clonidine hcl er</i> .....	154	CROTAN.....	AGENTS.....	160
<i>clopidogrel</i> .....	133	CRYSELLE.....	Dental and Oral Agents.....	160
<i>clorazepate dipotassium</i> .....	45	CTEXLI.....	DEPO-ESTRADIOL.....	197
<i>clotrimazole</i> .....	61	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	DEPO-SUBQ PROVERA	
<i>clotrimazole-</i>		<i>cyclophosphamide</i> .....	104.....	211
<i>betamethasone</i> .....	166	<i>cyclosporine</i> .....	Dermatitis and Pruritus	
<i>clozapine</i> .....	103	<i>cyclosporine modified</i> .....	Agents.....	162
<i>clozapine odt</i> .....	103	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	DERMATOLOGICAL	
COARTEM.....	91	CYRED.....	AGENTS.....	161
COBENFY.....	103	CYRED EQ.....	Dermatological Agents,	
COBENFY STARTER		CYSTAGON.....	Other.....	166
PACK.....	103	CYSTARAN.....	DESCOVY.....	107
<i>codeine sulfate</i> .....	26	Cystic Fibrosis Agents.....	<i>desipramine hcl</i> .....	57
<i>colchicine</i> .....	63		<i>desloratadine</i> .....	252
<i>colesevelam hcl</i> .....	116,149	<b>D</b>	<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml</i>	
<i>colestipol hcl</i> .....	149	<i>dabigatran etexilate</i> .....	<i>spr</i> .....	194
<i>colistimethate</i> .....	31	<i>dalbavancin hcl</i> .....	<i>desmopressin acetate</i> .....	194
COMBIPATCH.....	201	<i>dalfampridine er</i> .....	<i>desogestr-eth estrad eth</i>	
COMBIVENT RESPIMAT.....	260	<i>danazol</i> .....	<i>estra</i> .....	201
COMETRIQ.....	75	<i>dantrolene sodium</i> .....	<i>desonide</i> .....	163
<i>conjugated estrogens</i> .....	197	DANZITEN.....	<i>desoximetasone</i> .....	164
CONSTULOSE.....	178	<i>dapagliflozin</i> .....	<i>desvenlafaxine er</i> .....	53
COPIKTRA.....	75	<i>dapagliflozin-metformin er</i> .....	<i>desvenlafaxine succinate er</i> .....	53
CORTROPHIN.....	191	<i>dapsone</i> .....	<i>dexamethasone</i> .....	192
CORTROPHIN GEL 400		DAPTACEL DTAP.....	<i>dexamethasone sodium</i>	
UNIT/5 ML.....	191	<i>daptomycin</i> .....	<i>phosphate</i> .....	247
COSENTYX (2 SYRINGES)	224	<i>darifenacin er</i> .....	<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	153
COSENTYX SENSOREADY (2		<i>darunavir</i> .....	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	
PENS).....	224	<i>dasatinib</i> .....	<i>er</i> .....	153
		DAURISMO.....		75

<i>dextroamphetamine-amphet er</i> .....	153	<i>disulfiram</i> .....	28	Dyslipidemics, Fibric Acid
<i>dextroamphetamine- amphetamine</i> .....	153	Diuretics, Loop.....	147	Derivatives.....
<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i> ....	173	Diuretics, Potassium- sparing.....	147	Dyslipidemics, HMG CoA
<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i> ..	174	Diuretics, Thiazide.....	148	Reductase Inhibitors.....
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i> ..	174	<i>divalproex sodium</i> .....	42	Dyslipidemics, Other.....
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i> ....	174	<i>divalproex sodium er</i> .....	42	<b>E</b>
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i> ..	174	<i>dofetilide</i> .....	137	<i>ec-naproxen</i> .....
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i> ....	174	DOJOLVI.....	172	<i>econazole nitrate</i> .....
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i> ....	174	DOLISHALE.....	201	EDURANT.....
<i>dextrose in water</i> .....	174	<i>donepezil hcl</i> .....	50	EDURANT PED.....
DIACOMIT.....	41	<i>donepezil hcl odt</i> .....	50	<i>efavirenz</i> .....
<i>diazepam</i> .....	45, 115	Dopamine Agonists.....	93	<i>efavirenz-emtric-tenofov disop</i> .....
<i>diazoxide</i> .....	121	Dopamine Precursors and/or L- Amino Acid Decarboxylase Inhibitors.....	94	<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> .....
<i>dichlorphenamide</i> .....	185	DOPTLET.....	133	EGRIFTA SV.....
<i>diclofenac epolamine</i> .....	23	<i>dorzolamide hcl</i> .....	249	EGRIFTA WR.....
<i>diclofenac potassium</i> .....	23	<i>dorzolamide-timolol</i> .....	244	Electrolyte/Mineral Replacements.....
<i>diclofenac sodium</i> ..	23, 166, 247	DOTTI.....	197	Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers.....
<i>diclofenac sodium er</i> .....	23	DOVATO.....	104	ELECTROLYTES/MINERALS/ METALS/VITAMINS.....
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	36	<i>doxazosin mesylate</i> .....	134	Electrolytes/Minerals/Metals/Vit amins.....
<i>dicyclomine hcl</i> .....	180	<i>doxepin hcl</i> .....	57, 164	ELIGARD.....
DIFICID.....	39	<i>doxercalciferol</i> .....	242	ELIGARD 22.5 MG
<i>diflorasone diacetate</i> .....	164	DOXY 100.....	40	SYRINGE.....
<i>difluprednate</i> .....	247	<i>doxycycline hyclate</i> .....	40, 161	ELIGARD 30 MG
<i>digoxin</i> .....	137, 144	<i>doxycycline monohydrate</i> ....	41	SYRINGE.....
<i>digoxin 125 mcg tablet</i> ....	137	DRIZALMA SPRINKLE.....	53	ELIGARD 45 MG
<i>digoxin 250 mcg tablet</i> ....	137	<i>dronabinol</i> .....	60	SYRINGE.....
<i>dihydroergotamine mesylate</i> ..	65	<i>drospirenone-eth estra- levomef</i> .....	201	ELIGARD 7.5 MG
DILANTIN.....	48	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> .....	201	SYRINGE.....
DILANTIN-125.....	48	<i>droxidopa</i> .....	134	ELIGARD 217
DILT-XR.....	141	DUAVEE.....	213	SYRINGE.....
<i>diltiazem 12hr er</i> .....	141	<i>duloxetine hcl</i> .....	53	ELIQUIS.....
<i>diltiazem 24hr er</i> .....	141	DUPIXENT PEN.....	224	ELMIRON.....
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i> .....	141	DUPIXENT SYRINGE.....	224	<i>eltrombopag olamine</i> ..
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i> .....	141	<i>dutasteride</i> .....	190	ELURYNG.....
<i>diltiazem hcl</i> .....	141	DUVYZAT.....	185	ELYXYB.....
<i>dimethyl fumarate</i> .....	158			
<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	180			
<i>dipyridamole</i> .....	133			
<i>disopyramide phosphate</i> ....	137			

Emetogenic Therapy	ERIVEDGE	76	<i>ezetimibe</i>	150
Adjuncts	ERLEADA	68,69	<b>F</b>	
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)	<i>erlotinib hcl</i>	76	FABHALTA	222
EMGALITY PEN	ERMEZA	213	FALMINA	202
EMGALITY SYRINGE	ERRIN	211	<i>famciclovir</i>	113
EMPAVELI	<i>ertapenem</i>	38	<i>famotidine</i>	182
EMSAM	ERYTHROCIN		FANAPT	98
<i>emtricitabine</i>	LACTOBIONATE	39	FARXIGA	117
<i>emtricitabine-rilpivirne-tenof</i>	<i>erythromycin</i>	39,169,246	FASENRA	260
<i>emtricitabine-tenofovir</i>	<i>erythromycin-benzoyl</i>		FASENRA PEN	260
<i>disop</i>	<i>peroxide</i>	162	<i>febuxostat</i>	63
EMTRIVA	ERZOFRI	98	FEIRZA	202
<i>enalapril maleate</i>	<i>escitalopram oxalate</i>	54	<i>felbamate</i>	42
<i>enalapril-</i>	<i>eslicarbazepine acetate</i>	48	<i>felodipine er</i>	140
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>esomeprazole magnesium</i>	183	FEMLYV	202
ENBREL	ESTARYLLA	201	FEMRING	198
ENBREL MINI	ESTRACE	197	<i>fenofibrate</i>	148
ENBREL SURECLICK	<i>estradiol</i>	197	<i>fenofibric acid</i>	148
ENGERIX-B ADULT	<i>estradiol (once weekly)</i>	198	<i>fentanyl</i>	25
ENGERIX-B PEDIATRIC-	<i>estradiol (twice weekly)</i>	198	FERRIPROX	172
ADOLESCENT	<i>estradiol valerate</i>	198	<i>fesoterodine fumarate er</i>	189
ENILLORING	<i>estradiol-norethindrone</i>		FETZIMA	54
<i>enoxaparin sodium</i>	<i>acetat</i>	202	FIASP	122
ENPRESSE	ESTRING	198	FIASP FLEXTOUCH	122
ENSACOVE	Estrogens	197	FIASP PENFILL	123
ENSKYCE	<i>eszopiclone</i>	262	Fibromyalgia Agents	157
ENSPRYNG	<i>ethambutol hcl</i>	67	<i>fidaxomicin</i>	39
<i>entacapone</i>	<i>ethosuximide</i>	44	FILSPARI	145
<i>entecavir</i>	<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i>	202	FILSUVEZ	166
ENTRESTO	<i>etodolac</i>	24	<i>finasteride</i>	190
ENTRESTO SPRINKLE	<i>etonogestrel-ethinyl</i>		<i>finingolimod</i>	158
ENULOSE	<i>estradiol</i>	202	FINTEPLA	42
EPCLUSA	<i>etravirine</i>	106	FINZALA	202
EPIDIOLEX 100 MG/ML	EUCRISA	166	FIRMAGON	217
SOLUTION	EULEXIN	69	FLAREX	247
<i>epinephrine</i>	EUTHYROX	213	<i>flavoxate hcl</i>	189
<i>eplerenone</i>	<i>everolimus</i>	76,231	<i>flecainide acetate</i>	137
EPOGEN	EVOTAZ	109	<i>fluconazole</i>	61
ERAXIS	<i>exemestane</i>	73	<i>fluconazole in saline</i>	61
Ergot Alkaloids	EXXUA	54	<i>fluconazole-nacl</i>	61
	EYSUVIS	247		

<i>flucytosine</i> .....	61	GALLIFREY.....	211	<i>gentamicin sulfate in ns</i> .....	30
<i>fludrocortisone acetate</i> .....	192	Gamma-Aminobutyric Acid		GENVOYA.....	104
<i>flunisolide</i> .....	251	(GABA) Modulating Agents..	44	GILENYA.....	159
<i>fluocinolone acetonide</i> .....	164	GAMMAGARD LIQUID.....	220	GILOTRIF.....	77
<i>fluocinolone acetonide oil</i> ...	250	GAMMAGARD LIQUID		GIMOTI.....	58
<i>fluocinonide</i> .....	164	ERC.....	220	GLASSIA.....	185
<i>fluocinonide-e</i> .....	164	GAMMAGARD S-D.....	221	<i>glatiramer acetate</i> .....	159
<i>fluoride</i> .....	170	GAMMAKED.....	221	GLATOPA.....	159
<i>fluorometholone</i> .....	247	GAMMAPLEX.....	221	<i>glimepiride</i> .....	117
<i>fluorouracil</i> .....	166	GAMUNEX-C.....	221	<i>glipizide</i> .....	117
<i>fluoxetine hcl</i> .....	54,55	GARDASIL 9.....	236	<i>glipizide er</i> .....	117
<i>fluphenazine decanoate</i> .....	95	GASTROINTESTINAL		<i>glipizide xl</i> .....	117
<i>fluphenazine hcl</i> .....	95	AGENTS.....	178	<i>glipizide-metformin</i> .....	117,118
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	247	Gastrointestinal Agents,		GLOPERBA.....	63
<i>fluticasone propionate</i> ..	164,251	Other.....	181	GLUCAGON 1 MG	
<i>fluticasone propionate hfa</i> ..	260	<i>gatifloxacin</i> .....	246	EMERGENCY KIT.....	121
<i>fluticasone-salmeterol</i> .....	260	GATTEX 5 MG INJECTION.....	181	Glucocorticoids.....	241
<i>fluticasone-salmeterol hfa</i> ..	260	<i>gauze pads &amp; dressings - pads</i>		<i>glucose 5%-0.9% nacl</i> .....	174
<i>flvoxamine maleate</i> .....	55	2 x 2.....	264	<i>glucose in water</i> .....	174
FML FORTE.....	247	GAVILYTE-C.....	181	<i>glyburide</i> .....	118
<i>fondaparinux sodium</i> .....	127	GAVILYTE-G.....	181	<i>glyburide-metformin hcl</i> .....	118
<i>fosamprenavir calcium</i> .....	109	GAVILYTE-N.....	181	Glycemic Agents.....	121
<i>fosfomycin tromethamine</i> ....	31	GAVRETO.....	76	<i>glycerol phenylbutyrate</i> .....	185
<i>fosinopril sodium</i> .....	136	<i>gefitinib</i> .....	76	<i>glycopyrrolate</i> .....	180
<i>fosinopril-</i>		<i>gemfibrozil</i> .....	148	GOLYTELY.....	181
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	145	GEMMILY.....	202	GOMEKLI.....	77
FOTIVDA.....	76	GEMTESA.....	189	<i>granisetron hcl</i> .....	60
FRAGMIN.....	127,128	GENERLAC.....	178	GRANIX.....	130
FRUZAQLA.....	76	GENETIC, ENZYME, OR		GRASTEK.....	222
FULPHILA.....	130	PROTEIN DISORDER:		<i>griseofulvin</i> .....	61
<i>furosemide</i> .....	147	REPLACEMENT, MODIFIERS,		<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	61
FYAVOLV.....	202	TREATMENT.....	183	<i>guanfacine hcl</i> .....	134
FYLNETRA.....	130	Genetic, Enzyme, or Protein		<i>guanfacine hcl er</i> .....	154
		Disorder: Replacement,		GVOKE.....	121
		Modifiers, Treatment.....	183	GVOKE HYPOPEN 1-	
<b>G</b>		GENGRAF.....	231	PACK.....	121
<i>gabapentin</i> .....	45,46	GENITOURINARY		GVOKE HYPOPEN 2-	
GALAFOLD.....	185	AGENTS.....	189	PACK.....	121,122
<i>galantamine er</i> .....	50	Genitourinary Agents, Other	190	GVOKE PFS 1-PACK	
<i>galantamine hbr</i> .....	50	GENOTROPIN.....	194	SYRINGE.....	122
<i>galantamine hydrobromide</i> ...	50	<i>gentamicin sulfate</i> ... .30,169,246			
GALBRIELA.....	202				

GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	122	Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifyng (Sex Hormones/Modifiers), Other	199	HUMULIN R	124
<b>H</b>				<i>hydralazine hcl</i>	151
HAEGARDA	220	HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)	213	<i>hydrochlorothiazide</i>	148
HAILEY 24 FE	202	Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifyng (Thyroid)	213	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	22
HAILEY FE	203	HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)	216	<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	22
<i>halobetasol propionate</i>	164	Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)	216	<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325mg</i>	22
<i>haloperidol</i>	95	HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)	219	<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	22
<i>haloperidol decanoate</i>	95	HUMALOG	123	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	22
<i>haloperidol decanoate 100</i>	95	HUMALOG JUNIOR		<i>hydrocortisone</i>	164,241
<i>haloperidol lactate</i>	95	KWIKPEN	123	<i>hydrocortisone butyrate</i>	165
HAVRIX	236	HUMALOG KWIKPEN U-100	123	<i>hydrocortisone valerate</i>	165
HEATHER	211	HUMALOG MIX 50-50		<i>hydromorphone hcl</i>	26
HEMADY	90	KWIKPEN	123	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	91
Hemostasis Agents	132	HUMALOG MIX 75-25	123	<i>hydroxyurea</i>	71
<i>heparin sodium</i>	128	HUMALOG MIX 75-25	123	<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral solution</i>	114
HEPLISAV-B	236	HUMALOG MIX 75-25	123	<i>hydroxyzine hcl</i>	114
HERNEXEOS	77	KWIKPEN	123	<i>hydroxyzine pamoate</i>	114
HIBERIX VACCINE	236	HUMATROPE	194	HYFTOR	232
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists	182	HUMIRA	231	HYRNUO	77
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)	191	HUMIRA PEN	231		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifyng (Adrenal)	191	HUMIRA(CF)	231	<i>ibandronate sodium</i>	242
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)	193	HUMIRA(CF) PEN	231	IBRANCE	77
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifyng (Pituitary)	193	HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	232	IBTROZI	77
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)	196	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	232	IBU	24
		HUMULIN 70-30	123	<i>ibuprofen</i>	24
		HUMULIN 70/30 KWIKPEN	123	<i>icatibant</i>	220
		HUMULIN N	123	ICLEVIA	203
		HUMULIN N KWIKPEN	124	ICLUSIG	77
				<i>icosapent ethyl</i>	150
				IDHIFA	78
				ILUMYA	225
				<i>imatinib mesylate</i>	78
				IMBRUVICA	78
				<i>imipenem-cilastatin sodium</i>	38
				<i>imipramine hcl</i>	58

<i>imiquimod</i> .....	166	<i>insulin lispro protamine mix</i> .....	124	ISTURISA.....	195
IMKELDI.....	78	<i>insulin pen needle</i> .....	264	ITOVEBI.....	78,79
Immunoglobulins.....	220	<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i> .....	264	<i>itraconazole</i> .....	62
IMMUNOLOGICAL AGENTS.....	219	<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i> .....	264	<i>ivabradine hcl</i> .....	145
Immunological Agents.....	222	<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i> .....	264	<i>ivermectin</i> .....	90
Immunological Agents, Other.....	223	Insulins.....	122	IWILFIN.....	71
Immunostimulants.....	229	INTELENCE.....	106	IXIARO VACCINE.....	237
Immunosuppressants.....	229	INTRALIPID.....	174	<b>J</b>	
IMOVAX RABIES VACCINE.....	236	INTRAROSA.....	203	JAIMIESS.....	203
IMPAVIDO.....	91	INTROVALE.....	203	JAKAFI.....	79
IMVEXXY.....	198	INVEGA HAFYERA.....	98,99	<i>jantoven</i> .....	128
INCASSIA.....	211	INVEGA SUSTENNA.....	99	JANUMET.....	118
INCRELEX.....	194	INVEGA TRINZA.....	99	JANUMET XR.....	118,119
<i>indapamide</i> .....	148	INVOKAMET.....	118	JANUVIA.....	119
<i>indomethacin</i> .....	24	INVOKAMET XR.....	118	JARDIANCE.....	119
INFANRIX DTAP VACCINE.....	236	INVOKANA.....	118	JASCAYD.....	258
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....	240	IOPIDINE.....	249	JASMIEL.....	203
INGREZZA.....	156	IPOL.....	237	JAVYGTOR.....	185
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....	156	<i>ipratropium bromide</i> .....	252	JAYPIRCA.....	79
INGREZZA SPRINKLE.....	156	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	261	JAYTHARI.....	192
INLURIYO.....	70	IQIRVO.....	181	JINTELI.....	203
INLYTA.....	78	<i>irbesartan</i> .....	135	JOENJA.....	185
INQOVI.....	71	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	145	JOURNAVX.....	22
INREBIC.....	78	ISENTRESS.....	104,105	JOYEAX.....	203
<i>insulin aspart</i> .....	124	ISENTRESS HD.....	105	JULEBER.....	203
<i>insulin aspart flexpen</i> .....	124	ISIBLOOM.....	203	JULUCA.....	105
<i>insulin aspart penfill</i> .....	124	ISOLYTE P WITH DEXTROSE.....	174	JUNEL.....	203
<i>insulin aspart prot mix 70-30</i> .....	124	ISOLYTE S.....	170	JUNEL FE.....	203
<i>insulin glargine max solostar</i> .....	124	<i>isoniazid</i> .....	67	JUNEL FE 24.....	204
<i>insulin glargine solostar</i> .....	124	<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad</i> .....	264	JUXTAPID.....	150
<i>insulin glargine-yfgn</i> .....	124	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	151	JYLAMVO.....	232
<i>insulin lispro</i> .....	124	<i>isosorbide mononit er 60 mg tb</i> .....	152	JYNNEOS VACCINE.....	237
<i>insulin lispro junior kwikpen</i> .....	124	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	152	<b>K</b>	
<i>insulin lispro kwikpen u-100</i> .....	124	<i>isotretinoin</i> .....	162	KAITLIB FE.....	204
				KALETRA.....	109
				KALYDECO.....	254
				KARIVA.....	204
				<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i> .....	175
				<i>kcl-d5w-0.225% nacl</i> .....	175

<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i> .....	175	<i>lansoprazole</i> .....	183	<i>lidocaine hcl viscous</i> .....	27
<i>kcl-d5w-0.9% nacl</i> .....	175	LANTUS.....	124	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	27
KELNOR 1-35.....	204	LANTUS SOLOSTAR.....	125	LILETTA.....	205
KERENDIA.....	151	<i>lapatinib</i> .....	80	<i>linezolid</i> .....	31
<i>ketoconazole</i> .....	62	LARIN.....	204	<i>linezolid-d5w</i> .....	32
<i>ketorolac tromethamine</i> .....	248	LARIN FE.....	204	LINZESS.....	179
KEVZARA.....	225	<i>latanoprost</i> .....	249	LIOMNY.....	214
KINERET.....	225	LAYOLIS FE.....	204	<i>liothyronine sodium</i> .....	215
KINRIX VACCINE.....	237	LAZCLUZE.....	80	<i>lisinopril</i> .....	136
KIONEX.....	177	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i> .....	111	<i>lisinopril-</i>	
KISQALI.....	79	<i>leflunomide</i> .....	232	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	145
KISQALI FEMARA CO-		<i>lenalidomide</i> .....	69	LITFULO.....	225
PACK.....	71	LENVIMA.....	80	<i>lithium carbonate</i> .....	116
KLAYESTA.....	62	LEQSELVI.....	225	<i>lithium carbonate er</i> .....	116
KLOR-CON 10.....	170	LESSINA.....	204	<i>lithium citrate</i> .....	116
KLOR-CON 8.....	170	<i>letrozole</i> .....	73	LITHOSTAT.....	191
KLOXXADO.....	29	<i>leucovorin calcium</i> .....	90	LIVTENCITY.....	110
KOSELUGO.....	79	LEUKERAN.....	68	LO LOESTRIN FE.....	205
KOURZEQ.....	161	LEUKINE.....	229	Local Anesthetics.....	27
KRAZATI.....	80	<i>leuprolide acetate</i> .....	217	LOESTRIN.....	205
KRINTAFEL.....	91	<i>leuprolide depot</i> .....	217	LOESTRIN FE.....	205
KRISTALOSE.....	178	<i>levabuterol concentrate</i> .....	254	<i>lofexidine hcl</i> .....	28
KURVELO.....	204	<i>levabuterol hcl</i> .....	254	LOJAIMIESS.....	205
KYLEENA.....	204	<i>levabuterol tartrate hfa</i> .....	254	LOKELMA.....	177
KYMBEE.....	192	<i>levetiracetam</i> .....	43	<i>lomustine</i> .....	68
		<i>levetiracetam er</i> .....	43	LONSURF.....	72
		<i>levobunolol hcl</i> .....	248	<i>loperamide</i> .....	180
L		<i>levocarnitine</i> .....	175	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	109
<i>l-glutamine</i> .....	185	<i>levocetirizine</i>		<i>lorazepam</i> .....	115
<i>labetalol hcl</i> .....	139	<i>dihydrochloride</i> .....	252	LORAZEPAM INTENSOL.....	115
<i>lacosamide</i> .....	48	<i>levofloxacin</i> .....	39	LORBRENA.....	80
<i>lactulose</i> .....	179	<i>levofloxacin-d5w</i> .....	40	LORYNA.....	205
LAGEVRIO (EUA).....	113	LEVONEST.....	204	<i>losartan potassium</i> .....	135
<i>lamivudine</i> .....	107	<i>levonorg-eth estrad eth</i>		<i>losartan-</i>	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i> ...	110	<i>estrad</i> .....	204	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	145
<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	107	<i>levonorgestrel-eth estradiol</i> .205		LOTEMAX.....	248
<i>lamotrigine</i> .....	42	<i>levorphanol tartrate</i> .....	25	<i>loteprednol etabonate</i> .....	248
<i>lamotrigine (blue)</i> .....	42	<i>levothyroxine sodium</i> .....	214	<i>lovastatin</i> .....	149
<i>lamotrigine (green)</i> .....	42	LEVOXYL.....	214	LOW-OGESTREL.....	205
<i>lamotrigine (orange)</i> .....	42	<i>lidocaine</i> .....	27	<i>loxapine</i> .....	96
<i>lansoprazol-amoxicil-</i>		<i>lidocaine hcl</i> .....	27	<i>lubiprostone</i> .....	179
<i>clarithro</i> .....	181				

LUIZZA.....	205	MEKTOVI.....	81	<i>metoclopramide hcl</i> .....	59
LUMAKRAS.....	80,81	MELEYA.....	212	<i>metolazone</i> .....	148
LUMIGAN.....	249	<i>meloxicam</i> .....	24	<i>metoprolol succinate</i> .....	139
LUPKYNIS.....	232	<i>memantine hcl</i> .....	50,51	<i>metoprolol tartrate</i> .....	139
LUPRON DEPOT.....	217	<i>memantine hcl er</i> .....	51	<i>metoprolol-</i>	
LUPRON DEPOT		MENACTRA.....	237	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	145
(LUPANETA).....	217	MENOSTAR.....	199	<i>metronidazole</i> .....	32
LUPRON DEPOT-PED.....	218	MENQUADFI.....	237	<i>metyrosine</i> .....	145
<i>lurasidone hcl</i> .....	100	MENVEO VACCINE.....	237	<i>mexiletine hcl</i> .....	137
LUTERA.....	205	<i>mepredine hcl</i> .....	26	MIBELAS 24 FE.....	206
LYBALVI.....	100	<i>meprobamate</i> .....	114	<i>micafungin</i> .....	62
LYLEQ.....	211	<i>mercaptopurine</i> .....	70	<i>miconazole 3</i> .....	62
LYLLANA.....	199	<i>meropenem</i> .....	38	MICROGESTIN.....	206
LYNPARZA.....	81	<i>mesalamine</i> .....	240	MICROGESTIN FE.....	206
LYSODREN.....	72	<i>mesalamine dr</i> .....	241	<i>midodrine hcl</i> .....	134
LYTGOBI.....	81	<i>mesalamine er</i> .....	241	<i>mifepristone</i> .....	218
LYZA.....	211	<i>mesna</i> .....	90	MIGERGOT.....	65
		METABOLIC BONE DISEASE		<i>miglustat</i> .....	185
		AGENTS.....	242	MILI.....	206
M		Metabolic Bone Disease		MIMVEY.....	206
M-M-R II VACCINE.....	237	Agents.....	242	Mineralocorticoid Receptor	
Macrolides.....	38	<i>metformin hcl</i> .....	119	Antagonists.....	151
<i>magnesium sulfate</i> .....	170,175	<i>metformin hcl er</i> .....	119	<i>minocycline hcl</i> .....	41
<i>malathion</i> .....	168	<i>methadone hcl</i> .....	25	<i>minoxidil</i> .....	151
<i>maraviroc</i> .....	108	<i>methazolamide</i> .....	250	MINZOYA.....	206
MARLISSA.....	206	<i>methimazole</i> .....	219	MIPLYFFA.....	185
MARPLAN.....	52	<i>methocarbamol</i> .....	262	MIRENA.....	206
Mast Cell Stabilizers.....	256	<i>methotrexate</i> .....	232	<i>mirtazapine</i> .....	52
MATERNACEL.....	176	<i>methotrexate sodium</i> .....	232	<i>misoprostol</i> .....	182
MATERVIA.....	176	<i>methoxsalen</i> .....	166	<i>modafinil</i> .....	263
MATULANE.....	68	<i>methsuximide</i> .....	44	MODEYSO.....	81
MAVENCLAD.....	159	<i>methylphenidate</i> .....	154	<i>moexipril hcl</i> .....	136
MAVYRET.....	111	<i>methylphenidate er</i> .....	154,155	Molecular Target Inhibitors..	73
MAYZENT.....	159	<i>methylphenidate er (la)</i> .....	155	<i>molindone hcl</i> .....	96
<i>meclizine hcl</i> .....	58	<i>methylphenidate hcl</i> .....	154,155	<i>mometasone furoate</i> .....	165
<i>medroxyprogesterone</i>		<i>methylphenidate hcl cd</i> .....	155	Monoamine Oxidase B (MAO-	
<i>acetate</i> .....	212	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i> .....	155	B) Inhibitors.....	94
<i>mefloquine hcl</i> .....	91	<i>methylphenidate la</i> .....	155	Monoamine Oxidase	
<i>megestrol acetate</i> .....	212	<i>methylphenidate sr</i> .....	155	Inhibitors.....	52
<i>megestrol acetate 40mg/ml oral</i>		<i>methylprednisolone</i> .....	192	<i>montelukast sodium</i> .....	252
<i>suspension</i> .....	212	<i>methyltestosterone</i> .....	196		
MEKINIST.....	81				

Mood Stabilizers	116	<i>nebivolol hcl</i>	139	<i>nitazoxanide</i>	91
<i>morphine sulfate</i>	26	NECON	206	NITRO-BID	152
<i>morphine sulfate er</i>	25	<i>needles, insulin disp., safety</i>	264	<i>nitrofurantoin</i>	32
MOUNJARO	119	<i>nefazodone hcl</i>	55	<i>nitrofurantoin mono-macro</i>	32
MOVANTIK	179	NEFFY	254	<i>nitroglycerin</i>	152
<i>moxifloxacin</i>	40,246	NEO-VITAL RX	176	<i>nitroglycerin patch</i>	152
<i>moxifloxacin hcl</i>	40	NEOMATERNA	176	NITROSTAT	152
MRESVIA	237	<i>neomycin sulfate</i>	30	NIVESTYM	131
MULTAQ	137	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	244	<i>nizatidine</i>	182
<i>multiple electrolytes t1</i>		<i>neomycin-bacitracin-</i>		Nonsteroidal Anti-inflammatory	
<i>ph5.5</i>	170	<i>polymyxin</i>	244	Drugs	23
<i>multiple electrolytes t1</i>		<i>neomycin-polymyxin-</i>		NORA-BE	212
<i>ph7.4</i>	170	<i>dexameth</i>	244	NORDITROPIN FLEXP	195
Multiple Sclerosis Agents	157	<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>norelgestromin-eth</i>	
<i>mupirocin</i>	169	<i>gramicidin</i>	244	<i>estradiol</i>	206
MYALEPT	181	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	244,250	<i>norethin-eth estra-ferrous</i>	
<i>mycophenolate mofetil</i>	232	<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>fum</i>	207
<i>mycophenolic acid</i>	233	<i>hydrocort</i>	250	<i>norethindron-ethinyl</i>	
MYFEMBREE	218	NEORAL	233	<i>estradiol</i>	207
MYFORTIC	233	NERLYNX	81	<i>norethindrone</i>	212
MYHIBBIN	233	NEUAC	162	<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	212
MYRBETRIQ	189	NEULASTA	130	<i>norethindrone acetate</i>	212
MYTESI	180	NEUPOGEN	130	<i>norethindrone-e.estradiol-</i>	
		NEUPRO	93	<i>iron</i>	207
<b>N</b>		NEVANAC	248	<i>norgestimate-ethinyl</i>	
N-methyl-D-aspartate (NMDA)		<i>nevirapine</i>	106	<i>estradiol</i>	207
Receptor Antagonist	50	<i>nevirapine er</i>	106	NORTREL	207
<i>nabumetone</i>	24	NEXLETOL	145	<i>nortriptyline hcl</i>	58
<i>nadolol</i>	139	NEXLIZET	150	NORVIR	109
<i>nafcillin sodium</i>	36	NEXPLANON	212	NOURIANZ	93
<i>naftifine hcl</i>	169	NEXTSTELLIS	206	NOVOLIN 70-30	125
<i>naloxone hcl</i>	29	<i>niacin er</i>	150	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	125
<i>naltrexone hcl</i>	28	NICOTROL NS	29	NOVOLIN N	125
<i>naproxen</i>	24	<i>nifedipine</i>	140	NOVOLIN N FLEXPEN	125
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	65	<i>nifedipine er</i>	140	NOVOLIN R	125
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	65	NIKKI	206	NOVOLIN R FLEXPEN	125
NATACYN	246	<i>nilotinib d-tartrate</i>	82	NOVOLOG	125
NATAL PNV	176	<i>nilotinib hcl</i>	82	NOVOLOG FLEXPEN	125
NATAZIA	206	<i>nilutamide</i>	69	NOVOLOG MIX 70-30	125
<i>nateglinide</i>	119	<i>nimodipine</i>	140	NOVOLOG MIX 70-30	
NAYZILAM	46	NINLARO	82	FLEXPEN	126

NOVOLOG PENFILL.....	126	<i>ondansetron hcl</i> .....	60	<i>orphenadrine citrate er</i> .....	262
NUBEQA.....	69	<i>ondansetron odt</i> .....	60	ORQUIDEA.....	212
NUCALA.....	261	ONGENTYS.....	93	ORSERDU.....	70
NUDEXTA.....	157	ONUREG.....	70	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	112
NUPLAZID.....	100	OPHTHALMIC AGENTS.....	244	OTEZLA.....	167
NURTEC ODT.....	65	Ophthalmic Agents, Other.....	244	OTEZLA XR.....	167
NUTRILIPID.....	176	Ophthalmic Anti-allergy		OTIC AGENTS.....	250
NUVARING.....	207	Agents.....	247	Otic Agents.....	250
NYAMYC.....	62	Ophthalmic Anti-Infectives.....	245	<i>oxacillin</i> .....	37
NYLIA.....	207	Ophthalmic Anti-		<i>oxacillin sodium</i> .....	37
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL		inflammatories.....	247	<i>oxazepam</i> .....	115
SOLUTION.....	140	Ophthalmic Beta-Adrenergic		<i>oxcarbazepine</i> .....	48
<i>nystatin</i> .....	62	Blocking Agents.....	248	OXERVATE.....	244
<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	166	Ophthalmic Intraocular		<i>oxiconazole nitrate</i> .....	169
NYSTOP.....	62	Pressure Lowering Agents,		OXISTAT.....	169
NYVEPRIA.....	131	Other.....	249	<i>oxybutynin chloride</i> .....	189
		Opioid Analgesics, Long-		<i>oxybutynin chloride er</i> .....	189
		acting.....	25	<i>oxycodone hcl</i> .....	26
		Opioid Analgesics, Short-		<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	23
		acting.....	26	<i>oxymorphone hcl</i> .....	27
OCTAGAM.....	221	Opioid Dependence.....	28	<i>oxymorphone hcl er</i> .....	26
<i>octreotide acetate</i> .....	218	Opioid Reversal Agents.....	29	OZEMPIC.....	119
ODACTRA.....	222	OPIPZA.....	100		
ODEFSEY.....	107	OPSUMIT.....	257	<b>P</b>	
ODOMZO.....	82	OPSYNVI.....	257	<i>paliperidone er</i> .....	100,101
OFEV.....	259	OPVEE.....	29	PALYNZIQ.....	186
<i>ofloxacin</i> .....	40,246,251	ORENCIA.....	226	PANCREAZE.....	186
OGSIVEO.....	72	ORENCIA CLICKJECT.....	226	PANRETIN.....	90
OJEMDA.....	82	ORENITRAM ER.....	257	<i>pantoprazole sodium</i> .....	183
OJJAARA.....	82	ORENITRAM MONTH 1		PANZYGA.....	222
<i>olanzapine</i> .....	100	TITRATION KT.....	257	Parasympathomimetics.....	66
<i>olanzapine odt</i> .....	100	ORENITRAM MONTH 2		<i>paricalcitol</i> .....	242
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> .....	52	TITRATION KT.....	257	<i>paroxetine hcl</i> .....	55
<i>olmesartan medoxomil</i> .....	135	ORENITRAM MONTH 3		PAXLOVID.....	113,114
<i>olmesartan-</i>		TITRATION KT.....	257	<i>pazopanib hcl</i> .....	82
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	146	ORGOVYX.....	72	PEDIARIX.....	237
OLUMIANT.....	225	ORIAHNN.....	218	Pediculicides/Scabicides.....	168
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> .....	150	ORKAMBI.....	255	PEDVAXHIB.....	238
<i>omeprazole</i> .....	183	ORLADEYO.....	220	<i>peg 3350-electrolyte</i> .....	181
OMNITROPE.....	195	ORLYNVAH.....	38	<i>peg-3350 and electrolytes</i> .....	181
OMVOH.....	225	ORMALVI.....	186		
OMVOH PEN.....	225				
ONAPGO.....	93				

<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-</i>	PIMTREA.....	208	<i>prednisolone sodium</i>
<i>c.....</i>	<i>pindolol.....</i>	139	<i>phosphate.....</i>
PEGASYS.....	<i>pioglitazone hcl.....</i>	120	<i>prednisone.....</i>
PEMAZYRE.....	<i>piperacillin-tazobactam.....</i>	37	PREDNISONE INTENSOL.....
PENBRAYA VACCINE.....	PIQRAY.....	83	<i>pregabalin.....</i>
<i>penciclovir.....</i>	<i>pirfenidone.....</i>	259	<i>pregabalin er.....</i>
<i>penicillamine.....</i>	<i>piroxicam.....</i>	24	PREMARIN.....
<i>penicillin g potassium.....</i>	PLASMA-LYTE A.....	170	PREMASOL.....
<i>penicillin g sodium.....</i>	PLASMA-LYTE A PH 7.4.....	170	PREMPHASE.....
<i>penicillin gk-iso-osm</i>	Platelet Modifying Agents.....	132	PREMPRO.....
<i>dextrose.....</i>	PLENAMINE.....	186	<i>prenatal vitamin with minerals</i>
<i>penicillin v potassium.....</i>	<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet .55</i>		<i>and folic acid greater than 0.8</i>
PENMENVY MEN A-B-C-W-	<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet .55</i>		<i>mg oral tablet.....</i>
Y.....	<i>podofilox.....</i>	167	PREVALITE.....
PENTACEL VACCINE.....	<i>polymyxin b sul-</i>		PREVYMIS.....
<i>pentamidine isethionate.....</i>	<i>trimethoprim.....</i>	246	PREZCOBIX.....
PENTASA.....	<i>polymyxin b sulfate.....</i>	32	PREZISTA.....
<i>pentoxifylline.....</i>	<i>pomalidomide.....</i>	69	PRIFTIN.....
<i>perampanel.....</i>	PONVORY.....	159	<i>primaquine.....</i>
<i>perindopril erbumine.....</i>	PORTIA.....	208	<i>primidone.....</i>
<i>permethrin.....</i>	<i>posaconazole.....</i>	62	PRIORIX.....
<i>perphenazine.....</i>	Potassium Binders.....	177	PRIVIGEN.....
<i>perphenazine-amitriptyline.....</i>	<i>potassium chloride.....</i>	170	<i>probenecid.....</i>
PERSERIS.....	<i>potassium chloride in d5lr.....</i>	175	<i>probenecid-colchicine.....</i>
PERSERIS ER 90 MG	<i>potassium chloride proamp.....</i>	171	<i>prochlorperazine.....</i>
SYRINGE KIT.....	<i>potassium chloride-0.45%</i>		<i>prochlorperazine maleate.....</i>
PERTZYE.....	<i>nacl.....</i>	171	PROCRIT.....
<i>phenelzine sulfate.....</i>	<i>potassium chloride-0.9%</i>		PROCTO-MED HC.....
<i>phenobarbital.....</i>	<i>nacl.....</i>	171	PROCTOSOL-HC.....
<i>phenoxybenzamine hcl.....</i>	<i>potassium chloride-dextrose</i>		PROCTOZONE-HC.....
PHENYTEK.....	<i>5%.....</i>	175	<i>progesterone.....</i>
<i>phenytoin.....</i>	<i>potassium chloride-water.....</i>	171	Progestins.....
<i>phenytoin sodium extended.....</i>	<i>potassium citrate er.....</i>	171	PROGRAF.....
Phosphate Binders.....	<i>pramipexole dihydrochloride.....</i>	93	PROLASTIN C.....
Phosphodiesterase Inhibitors,	<i>prasugrel hcl.....</i>	133	PROLIA.....
Airways Disease.....	<i>pravastatin sodium.....</i>	149	<i>promethazine hcl.....</i>
PHYRAGO.....	<i>praziquantel.....</i>	90	PROMETHEGAN.....
PIFELTRO.....	<i>prazosin hcl.....</i>	134	<i>propafenone hcl.....</i>
<i>pilocarpine hcl.....</i>	PRED MILD.....	248	<i>propafenone hcl er.....</i>
<i>pimecrolimus.....</i>	<i>prednisolone.....</i>	192	<i>propranolol hcl.....</i>
<i>pimozide.....</i>	<i>prednisolone acetate.....</i>	248	<i>propranolol hcl er.....</i>

<i>propylthiouracil</i> .....	219	<i>raloxifene hcl</i> .....	213	RINVOQ LQ.....	226
PROQUAD.....	238	<i>ramelteon</i> .....	262	<i>risedronate sodium</i> .....	243
PROSOL.....	176	<i>ramipril</i> .....	136	<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	
Protectants.....	182	<i>ranolazine er</i> .....	146	(dose pack of 12).....	243
Proton Pump Inhibitors.....	183	RAPAMUNE.....	233	<i>risperidone</i> .....	101,102
<i>protriptyline hcl</i> .....	58	<i>rasagiline mesylate</i> .....	94	<i>risperidone er</i> .....	102
PRURADIK.....	168	RAYALDEE.....	243	<i>risperidone odt</i> .....	102
Pulmonary		REBIF.....	160	<i>ritonavir</i> .....	110
Antihypertensives.....	256	REBIF REBIDOSE.....	160	<i>rivaroxaban</i> .....	128
Pulmonary Fibrosis Agents.....	258	RECLIPSEN.....	208	<i>rivastigmine</i> .....	50
PULMOZYME.....	255	RECOMBIVAX HB.....	238	RIVELSA.....	208
PYQUVI.....	193	RECORLEV.....	218	RIVFLOZA.....	187
<i>pyrazinamide</i> .....	67	RELENZA.....	112	<i>rizatriptan</i> .....	65
<i>pyridostigmine bromide</i> .....	66	RELEUKO.....	131	<i>roflumilast</i> .....	256
<i>pyridostigmine bromide er</i> .....	66	RELISTOR.....	179	ROMVIMZA.....	84
<i>pyrimethamine</i> .....	92	<i>repaglinide</i> .....	120	<i>ropinirole hcl</i> .....	94
PYRUKYND.....	186,187	REPATHA SURECLICK.....	150	<i>rosuvastatin calcium</i> .....	149
PYRUKYND 20 MG		REPATHA SYRINGE.....	151	ROSYRAH.....	208
TABLET.....	186	Respiratory Tract Agents,		ROTARIX.....	239
PYRUKYND 5 MG TABLET	186	Other.....	259	ROTATEQ.....	239
PYRUKYND 50 MG		RESPIRATORY		ROZLYTREK.....	84
TABLET.....	187	TRACT/PULMONARY		RUBRACA.....	84
		AGENTS.....	251	<i>rufinamide</i> .....	49
<b>Q</b>		RETACRIT.....	131	RUKOBIA.....	108
QBREXZA.....	167	RETEVMO.....	83,84	RYBELSUS.....	120
QINLOCK.....	83	Retinoids.....	89	RYDAPT.....	84
QUADRACEL DTAP-IPV.....	238	REVCIVI.....	187		
<i>quetiapine fumarate</i> .....	101	REVUFORJ.....	72	<b>S</b>	
<i>quetiapine fumarate er</i> .....	101	REXTOVY.....	29	<i>sacubitril-valsartan</i> .....	146
<i>quinapril hcl</i> .....	136	REXULTI.....	101	SAFYRAL.....	208
<i>quinidine gluconate</i> .....	138	REYATAZ.....	109	SAJAZIR.....	220
<i>quinidine sulfate</i> .....	138	REZDIFFRA.....	215	SANDIMMUNE.....	233
<i>quinine sulfate</i> .....	92	REZLIDHIA.....	84	SANTYL.....	167
Quinolones.....	39	REZUROCK.....	222	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	187
QVAR REDIHALER.....	251	RHOPRESSA.....	250	SAVELLA.....	157
		<i>ribavirin</i> .....	111	SCEMBLIX.....	85
		<i>rifabutin</i> .....	67	<i>scopolamine</i> .....	59
<b>R</b>		<i>rifampin</i> .....	67	SECUADO.....	102
RABAVERT VACCINE.....	238	<i>riluzole</i> .....	153	SELARSDI.....	226
<i>rabeprazole sodium</i> .....	183	<i>rimantadine hcl</i> .....	112		
RADICAVA ORS.....	152	RINVOQ.....	226		
RALDESY.....	55				

Selective Estrogen Receptor Modifying Agents.....	213	SLEEP DISORDER AGENTS.....	262	STEQEYMA.....	227
<i>selegiline hcl</i> .....	94	Sleep Promoting Agents.....	262	STIMUFEND.....	131
<i>selenium sulfide</i> .....	165	Smoking Cessation Agents..	29	STIOLTO RESPIMAT.....	261
SELZENTRY.....	108	<i>sod sulf-potass sulf-mag sulf</i> .....	181	STIVARGA.....	85
SEREVENT DISKUS.....	254	Sodium Channel Agents.....	47	<i>streptomycin sulfate</i> .....	30
SEROSTIM.....	181,195	<i>sodium chloride</i> .....	171	STRIBILD.....	105
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists.....	65	<i>sodium chloride-water</i> .....	172	STRIVERDI RESPIMAT.....	254
<i>sertraline hcl</i> .....	56	<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet</i> .....	172	SUBVENITE.....	43
SETLAKIN.....	208	<i>sodium oxybate</i> .....	263	SUBVENITE (BLUE).....	43
<i>sevelamer carbonate</i> .....	177	<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	187	SUBVENITE (GREEN).....	44
<i>sevelamer hcl</i> .....	177	<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	178	SUBVENITE (ORANGE)....	44
SHAROBEL.....	213	<i>sodium sulfacetamide</i> .....	40	<i>sucralfate</i> .....	183
SHINGRIX VACCINE.....	239	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i> .....	112	<i>sulfacetamide sodium</i> ... 40,246	
SIGNIFOR.....	218	SOGROYA.....	196	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	245
SIKLOS.....	187	SOHONOS.....	243	<i>sulfadiazine</i> .....	40
<i>sildenafil</i> .....	258	<i>solifenacin succinate</i> .....	189	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....	40
<i>sildenafil citrate</i> .....	152,258	SOLOSEC.....	32	SULFAMYLON.....	169
SILIQ.....	226	SOLTAMOX.....	70	<i>sulfasalazine</i> .....	241
SILVADENE.....	167	SOMAVERT.....	218	<i>sulfasalazine dr</i> .....	241
<i>silver sulfadiazine</i> .....	167	<i>sorafenib</i> .....	85	Sulfonamides.....	40
SIMLANDI(CF).....	233	<i>sotalol</i> .....	138	<i>sulindac</i> .....	25
SIMLANDI(CF).....		SOTALOL AF.....	138	<i>sumatriptan</i> .....	65
AUTOINJECTOR.....	234	SOTYKTU.....	227	<i>sumatriptan succinate</i> .....	66
SIMPONI.....	234	SOVALDI.....	112	<i>sunitinib malate</i> .....	85
<i>simvastatin</i> .....	149	SPEVIGO.....	167,227	SUNLENCA.....	108
<i>sirolimus</i> .....	234	SPIRIVA RESPIMAT.....	252	SUPPLIES.....	264
SIRTURO.....	67	<i>spironolactone</i> .....	151	Supplies.....	264
SIVEXTRO.....	32	<i>spironolactone-hctz</i> .....	146	SUTAB.....	179
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS.....	262	SPRINTEC.....	208	SYEDA.....	208
Skeletal Muscle Relaxants.....	262	SPS.....	178	SYMDEKO.....	255
SKYCLARYS.....	157	SSD.....	167	SYMPAZAN.....	47
SKYLA.....	208	SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor).....	53	SYMTUZA.....	110
SKYRIZI.....	226	STELARA.....	227	SYNAREL.....	219
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY.....	226			SYNJARDY.....	120
SKYRIZI ON-BODY.....	227			SYNJARDY XR.....	120
SKYRIZI PEN.....	226			SYNTHROID.....	215
SKYTROFA.....	195				

## T

TABLOID.....	71
TABRECTA.....	72

<i>tacrolimus</i> .....	165,234	<i>testosterone enanthate</i> .....	197	Topical Anti-infectives.....	168
<i>tadalafil</i> .....	190	<i>tetrabenazine</i> .....	157	<i>topiramate</i> .....	44
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i> .....	258	<i>tetracycline hcl</i> .....	41	<i>toremifene citrate</i> .....	70
TADLIQ.....	258	Tetracyclines.....	40	TORPENZ.....	86
TAFINLAR.....	85	THALOMID.....	70	<i>torseamide</i> .....	147
TAGRISSE.....	85	<i>theophylline</i> .....	256	TPN ELECTROLYTES.....	176
TAKHZYRO.....	220	<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i> .....	256	<i>tramadol hcl</i> .....	27
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR.....	227	<i>theophylline anhydrous</i> .....	256	<i>trandolapril</i> .....	136
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE.....	227	<i>theophylline er</i> .....	256	<i>tranexamic acid</i> .....	132
TALZENNA.....	85,86	<i>thioridazine hcl</i> .....	96	<i>tranylcypramine sulfate</i> .....	53
<i>tamoxifen citrate</i> .....	70	<i>thiothixene</i> .....	96	TRAVASOL.....	176
<i>tamsulosin hcl</i> .....	190	THYQUIDITY.....	215	<i>travoprost</i> .....	250
TARINA 24 FE.....	209	TIADYLT ER.....	142	<i>trazodone hcl</i> .....	56
TARINA FE.....	209	<i>tiagabine hcl</i> .....	47	Treatment Adjuncts.....	90
TARINA FE 1-20 EQ.....	209	TIBSOVO.....	86	Treatment-Resistant.....	103
TARPEYO.....	222	<i>ticagrelor</i> .....	133	TRECTOR.....	67
TASCENSO ODT.....	160	TICOVAC.....	239	TRELEGY ELLIPTA.....	261
TASIGNA.....	86	<i>tigecycline</i> .....	32	TRELSTAR.....	219
<i>tasimelteon</i> .....	262	TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP.....	153	TREMFYA.....	227
TAVALISSE.....	133	TILIA FE.....	209	TREMFYA 100 MG/ML PEN.....	228
TAVNEOS.....	223	<i>timolol maleate</i> .....	140,249	TREMFYA PEN.....	228
<i>tazarotene</i> .....	162	<i>tinidazole</i> .....	32	TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN).....	228
TAZICEF.....	35	<i>tiopronin</i> .....	191	<i>tretinoin</i> .....	90,162
TAZVERIK.....	86	<i>tiotropium bromide</i> .....	253	TRI-ESTARYLLA.....	209
<i>telmisartan</i> .....	135	TIROSINT-SOL.....	215	TRI-LEGEST FE.....	209
<i>temazepam</i> .....	262	TIVICAY.....	105	TRI-LO-ESTARYLLA.....	209
TENIVAC.....	239	TIVICAY PD.....	105	TRI-LO-SPRINTEC.....	209
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	111	<i>tizanidine hcl</i> .....	104	TRI-MILI.....	209
TEPMETKO.....	72	TOBI PODHALER.....	255	TRI-SPRINTEC.....	209
<i>terazosin hcl</i> .....	134	TOBRADEX.....	245	TRI-VYLIBRA.....	209
<i>terbinafine hcl</i> .....	63	<i>tobramycin</i> .....	246,255	TRI-VYLIBRA LO.....	209
<i>terconazole</i> .....	63	<i>tobramycin sulfate</i> .....	30	<i>triamcinolone acetonide</i> .....	161,165
<i>teriflunomide</i> .....	160	<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	245	<i>triamterene</i> .....	148
<i>teriparatide</i> .....	243	TOBREX.....	246	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> .....	146
<i>testosterone</i> .....	196	<i>tolcapone</i> .....	93	<i>triazolam</i> .....	262
<i>testosterone cypionate</i> .....	196	<i>tolterodine tartrate</i> .....	190	Tricyclics.....	57
		<i>tolterodine tartrate er</i> .....	190	TRIDACAINE.....	27
		<i>tolvaptan</i> .....	172		

TRIDACAINE II	27	UPTRAVI	258	VEOZAH	157
TRIDERM	166	<i>ursodiol</i>	182	<i>verapamil er</i>	142
<i>trientine hcl</i>	173	<i>ustekinumab</i>	228	<i>verapamil er pm</i>	142
<i>trifluoperazine hcl</i>	96	<i>ustekinumab-aauz</i>	228	<i>verapamil hcl</i>	142
<i>trifluridine</i>	246	UZEDY	102	<i>verapamil sr</i>	142
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	92			VERQUVO	146
TRIKAFTA	255	<b>V</b>		VERSACLOZ	103
<i>trimethobenzamide hcl</i>	59	VABOMERE	38	VERZENIO	87
<i>trimethoprim</i>	32	Vaccines	235	VESTURA	210
<i>trimipramine maleate</i>	58	<i>valacyclovir</i>	113	VIBERZI	180
TRINTELLIX	56	VALCHLOR	167	VIENVA	210
TRIUMEQ	107	<i>valganciclovir hcl</i>	110	<i>vigabatrin</i>	47
TRIUMEQ PD	107	<i>valproic acid</i>	44	VIGADRONE	47
TRIVORA-28	209	<i>valsartan</i>	135	VIGAFYDE	47
TROPHAMINE	177	<i>valsartan-</i>		VIJOICE	87
<i>trospium chloride</i>	190	<i>hydrochlorothiazide</i>	146	<i>vilazodone hcl</i>	57
<i>trospium chloride er</i>	190	VALTOCO	47	VIMKUNYA	240
TRULANCE	180	VALTYA	210	VIOKACE	187
TRULICITY	120	<i>vancomycin hcl</i>	32,33	VIORELE	210
TRUMENBA	239	VANFLYTA	87	VIRACEPT	110
TRUQAP	86	VANRAFIA	146	VIREAD	111
TRYNGOLZA	151	VAQTA	239	VITALARA	177
TUKYSA	86	<i>varenicline tartrate</i>	29	VITRAKVI	87,88
TURALIO	86	VARIVAX VACCINE	240	VIVITROL	28
TURQOZ	209	Vasodilators, Direct-acting		VIVOTIF	240
TWINRIX	239	Arterial	151	VIZIMPRO	88
TYBOST	108	Vasodilators, Direct-acting		VONJO	88
TYDEMY	209	Arterial/Venous	151	VOQUEZNA DUAL PAK	182
TYENNE	234	VAXCHORA VACCINE	240	VOQUEZNA TRIPLE PAK	182
TYENNE AUTOINJECTOR	234	VELIVET	210	VORANIGO	88
TYMLOS	243	VELSIPITY	182	<i>voriconazole</i>	63
TYPHIM VI	239	VEMLIDY	111	<i>voriconazole 200 mg vial</i>	63
TYRVAYA	245	VENCLEXTA	87	VOSEVI	112
TYVASO DPI	258	VENCLEXTA 10 MG		VOWST	182
		TABLET	87	VOYDEYA	223
		VENCLEXTA STARTING		VRAYLAR	102
<b>U</b>		PACK	87	VTAMA	168
UBRELVY	65	<i>venlafaxine besylate er</i>	56	VUMERITY	160
UDENYCA	132	<i>venlafaxine hcl</i>	56	VYFEMLA	210
UDENYCA		<i>venlafaxine hcl er</i>	56	VYKAT XR	122
AUTOINJECTOR	132	VENXXIVA	191	VYLIBRA	210
UNITHROID	216				

VYNDAMAX.....	188	XYWAV.....	263	<i>zolpidem tartrate er.</i> .....	263
VYVGART HYTRULO.....	66			ZOMACTON.....	196
<b>W</b>		<b>Y</b>		ZONISADE.....	49
WAINUA.....	188	YARGESA.....	188	<i>zonisamide.</i> .....	49
Wakefulness Promoting		YASMIN 28.....	211	ZORTRESS.....	235
Agents.....	263	YAZ.....	211	ZORYVE.....	168
<i>warfarin sodium.</i> .....	128	YESINTEK.....	229	ZOVIA 1-35.....	211
WEGOVI.....	147	YF-VAX.....	240	ZTALMY.....	47
WELIREG.....	188	YIMMUGO.....	222	ZURNAI.....	29
WESNATAL DHA		YONSA.....	69	ZURZUVAE.....	52
COMPLETE.....	177	YORVIPATH.....	243,244	ZYDELIG.....	89
WINREVAIR (2 PACK).....	261	YUVAFEM.....	199	ZYKADIA.....	89
WINREVAIR 45 MG VIAL.....	261	<b>Z</b>			
WINREVAIR 60 MG VIAL.....	261	ZAFEMY.....	211		
WIXELA INHUB.....	261	<i>zafirlukast.</i> .....	252		
WYMZYA FE.....	210	<i>zaleplon.</i> .....	263		
<b>X</b>		ZARXIO.....	132		
XALKORI.....	88	ZAVZPRET.....	65		
XARAH FE.....	210	ZEGALOGUE			
XARELTO.....	129	AUTOINJECTOR.....	122		
XATMEP.....	235	ZEGALOGUE SYRINGE.....	122		
XCOPRI.....	49	ZEJULA.....	89		
XDEMY.....	246	ZELBORAF.....	89		
XELJANZ.....	228	ZELSUVMI.....	169		
XELJANZ XR.....	228	ZEMAIRA.....	188		
XELRIA FE.....	210	ZENATANE.....	162		
XERMELO.....	180	ZENPEP.....	188		
XGEVA.....	243	ZEPOSIA.....	160		
XIFAXAN.....	33	ZERBAXA.....	35		
XIGDUO XR.....	120,121	ZEVTERA.....	35		
XIIDRA.....	245	<i>zidovudine.</i> .....	107		
XOFLUZA.....	112	ZIEXTENZO.....	132		
XOLAIR.....	228	ZILBRYSQ.....	229		
XOLREMDI.....	132	<i>ziprasidone hcl.</i> .....	103		
XOSPATA.....	89	<i>ziprasidone mesylate.</i> .....	103		
XPOVIO.....	89	ZIRGAN.....	246		
XROMI.....	188	ZOLINZA.....	72		
XTANDI.....	69	<i>zolmitriptan.</i> .....	66		
XULANE.....	210	<i>zolmitriptan odt.</i> .....	66		
		<i>zolpidem tartrate.</i> .....	263		

## خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete

روش	خدمات مشتریان - اطلاعات تماس
تلفن تماس	<b>1-877-412-2734</b> تماس با این شماره رایگان است. می‌توانید با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete همچنین دارای خدمات مترجم رایگان زبان برای غیر انگلیسی زبانان است.
TTY	<b>711</b> تماس با این شماره رایگان است. شما می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با خدمات مشتری تماس بگیرید.
فکس	<b>1-714-246-8711</b>
مکاتبه	CalOptima Health OneCare Complete Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCarecustomerservice@caloptima.org
وبسایت	<a href="http://www.caloptima.org/OneCare">www.caloptima.org/OneCare</a>