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

2026 년 보장 약물 목록 (약물 목록 또는포뮤레리)

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

본*약물 목록*은 11/07/2025 업데이트 되었습니다.

최신 정보 또는 기타 질문이 있으시면, 저희 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 주 7 일 24 시간 전화하거나 <u>www.caloptima.org/OneCare</u> 를 방문하십시오.

H5433_26PD001TK_C

Formulary ID: 26418, Version Number: 13

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan| 2026 년 *보장 약물 목록* (*약물 목록* 또는포뮤레리)

서문

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

차례

Α.	면책 조항	4
В.	자주 묻는 질문 (FAQ)	11
	B1. <i>약물 목록</i> 에는 어떤 처방약들이 있습니까? (보장 약물 목록을 줄여서 "약물 목록" 이라고 합니다.)	11
	B2. <i>약물 목록</i> 은 변경됩니까?	11
	B3. <i>약물 목록</i> 이 변경되면 어떻게 됩니까?	12
	B4. 약물 보장을 위한 제한 또는 한도 또는 특정 약물을 받기위해 취해야 할 조치가 있습니까?	14
	B5. 내가 원하는 약에 제한이 있는지 또는 약을 얻기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까?	14
	B6. CalOptima Health OneCare Complete 에서 일부 약물을 보장하는 방법에 대한 규칙(예: 사전 승인, 수량 한도 및/또는 단계 요법 제한)을 변경하면 어떻게 됩니까?	14
	B7. <i>약물 목록</i> 에서 약을 어떻게 찾을 수 있습니까?	15
	B8. 복용하려는 약이 <i>약물 목록</i> 에 없다면 어떻게 합니까?	15
	B9. CalOptima Health OneCare Complete 의 신규 회원으로서 <i>약물 목록</i> 에서 약을 찾을 수 없거나 약을 조제받는 데 어려움이 있으면 어떻게 합니까?	15
	B10. 약을 보장하도록 예외를 요청할 수 있습니까?	17
	B11. 예외 신청은 어떻게 할 수 있습니까?	17

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

	B12. 예외 적용을 받기까지 얼마나 걸립니까?	17
	B13. 일반 약물은 무엇입니까?	17
	B14. 오리지널 생물학적 제품이란 무엇이고 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?	18
	B15. OTC 약이란 무엇입니까?	18
	B16. CalOptima Health OneCare Complete 는 비약물 OTC 제품을 보장합니까?	18
	B17. CalOptima Health OneCare Complete 는 장기 처방 물품을 보장합니까?	18
	B18. 가까운 약국에서 집으로 처방 약을 배달 받을 수 있습니까?	18
	B19. 나의 부담금은 얼마입니까?	19
С	. 보장 약물 목록 개요	20
	C1. 의료 증상별 약물 목록	21
D	보장 약물 색인	I-1

3

A. 면책조항

이것은 CalOptima Health OneCare Complete 에서 회원에게 보장되는 약물 목록입니다.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan 은 Medicare 및 Medi-Cal 와 계약을 맺은 Medicare Advantage 조직입니다. CalOptima Health OneCare 에 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다. CalOptima Health OneCare 는 민권에 해당되는 연방정부 법률에 준수하며, 인종, 피부색, 출신 국가, 나이, 장애 또는 성별때문에 사람들을 차별대우하지 않습니다. CalOptima Health OneCare 고객 서비스 무료번호 1-877-412-2734(TTY 711)번으로 주 7 일, 24 시간 연락하십시오. www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오.

- ❖ CalOptima Health OneCare Complete 의 최신 보장 약물 목록은
 <u>www.caloptima.org/OneCare</u> 에서 온라인으로 확인하거나 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7 일, 24 시간 전화하여 언제든지 확인할 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.
- ❖ 본 자료는 무료로 큰 활자 인쇄, 점자 또는 음성 등 다른 형식으로 받아보실 수 있습니다. 주 7 일, 24 시간 1-877-412-2734 (TTY 711)번으로 전화하십시오. 통화는 무료입니다. 이 문서는 스페인어, 베트남어, 페르시아어, 한국어, 중국어, 아랍어 및 러시아어로 무료로제 공됩니다.

언어 지원 서비스 및 보조 도구 및 서비스 가용성 공지서

English

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

العربية (Arabic)

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

?

ՈՐՇԱԴՐՈՐԹՅՈՐՆ։ 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։ Ձանգահարեք 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。

<u>ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)</u>

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-412-2734 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵ , ਜਿਵ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-877-412-2734 (TTY: 711) ਇਹ ਸੇਵਾਵ ਮੁਫਤ ਹਨ|

?

5

<u>हिंदी (Hindi)</u>

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

Hmoob (Hmong)

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

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

<u>日本語 (Japanese)</u>

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。

<u>한국어 (Korean)</u>

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

Mien

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

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណ់៖ បើអ្នកត្រូវការដំនួយ ដាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-412-2734 (TTY: 711) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នេក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ព័ធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-877-412-2734 (TTY: 711) ។ សេវាក៍ម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

فارسى (Farsi)

7

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

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

?

Русский (Russian)

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

Español (Spanish)

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

Tagalog (Filipino)

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

<u>ภาษาไทย (Thai)</u>

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

?

8

Українська (Ukrainian)

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

<u>Tiếng Việt (Vietnamese)</u>

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.

<u>ગુજરાતી (Gujarati)</u>

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

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.

9

Română (Romanian)

ATENȚIE: În cazul în care aveți nevoie de ajutor în limba dvs., sunați la **1-877-412-2734**

(TTY **711**). Sunt disponibile, de asemenea, ajutoare și servicii pentru persoanele cu dizabilități, precum documente în limbaj Braille și cu caractere mărite. Sunați la **1-877-412-2734** (TTY **711**). Aceste servicii sunt gratuite.

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 توکال کریں 1-877-412-2734 (TTY 711). معذور افراد کے لئے امداد اور خدمات ، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ کال (TTY 711) - 877 - 412 - 2734). یہ خدمات مفت ہیں۔

- 또한 임계 언어 및/또는 대안 형식으로 자료를 받도록 영구 요청을 하실 수 있습니다:
 - 임계 언어 또는 대체 형식으로 자료를 영구적으로 요청하려면 페이지 하단의번호로 고객 서비스에 전화하거나 보안 온라인 회원 포털 https://member.caloptima.org/#/user/login 에 접속하여 요청하실 수 있습니다.
 - 영구 요청은 향후 모든 우편물 또는 의사소통을 위해 저희 시스템에 저장됩니다.
 - 영구 요청을 취소 또는 변경하려면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**) 으로 주 7 일, 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

?

B. 자주 묻는 질문 (FAQ)

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

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

섹션 C1 에서 시작하는 약물 목록의 약물들은 CalOptima Health OneCare Complete 에서 보장되는 약물들입니다. 약물들은 저희 네트워크 내의 약국에서 구입할 수 있습니다. 약국은 저희와 협력하고 귀하에게 서비스를 제공하기로 계약한 경우 저희 네트워크에 포함됩니다. 이러한 약국들을 "플랜약국"라고도 합니다.

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

- CalOptima Health OneCare Complete 는 다음과 같은 경우 약물 목록에 있는 의학적으로 필요한 모든 의약물을 보장합니다:
 - 귀하의 의사나 다른 처방자는 나아지거나 건강을 유지하기 위해 필요하다고 하는 경우,
 - CalOptima Health OneCare Complete 는 해당 약이 귀하에게 의학적으로 필요하다는 데 동의하며 **또한**
 - 처방약은 CalOptima Health OneCare Complete 네트워크 약국에서 구입합니다.
- 어떤 경우에는 약물을 받기 전에 행동을 취해야 합니다. 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

저희가 보장하는 최신 약물 목록은 저희 웹사이트 <u>www.caloptima.org/OneCare</u> 에서 확인하시거나 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7 일 24 시간 전화하실 수도 있습니다.

B2. 약물 목록은 변경됩니까?

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

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

• 약물에 대한 사전 승인을 요구할지 여부를 결정. (사전승인은 약물을 받기 전 CalOptima Health OneCare Complete 에서 승인을 받는 것.)

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

- 받을 수 있는 약의 양을 추가하거나 변경(수량 제한이라고 함).
- 약물에 대한 단계 요법 제한을 추가하거나 변경. (단계 요법이란 저희가 다른 약을 보장하기 전에 한 가지 약을 시도해야 하는 것을 의미함.)

약물 규정에 대한 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

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

- 현재 약물 목록에 있는 약만큼 효과적이면서도 저렴한 신약이 시장에 출시된 경우, 또는
- 약물이 안전하지 않다는 것을 알게 된 경우, 또는
- 약물이 시장에서 제거된 경우.

아래의 질문 B3 및 B6 에는 약물 목록이 변경되면 어떻게 되는지에 대한 자세한 정보가 있습니다.

- www.caloptima.org/OneCare 에서 CalOptima Health OneCare Complete 의 최신 약 물 목록을 온라인으로 언제든 확인할 수 있습니다. 약물 목록은 매달 웹사이트에업데 이트됩니다.
- 고객 서비스에 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 주 7 일 24 시간 전화하여 최신 *약물* 목록을 확인할 수도 있습니다.

B3. *약물 목록*에 변경있으면 어떻게 됩니까?

약물 목록에 대한 일부 변경은 **즉시** 일어납니다. 예:

- 특정 신약 버전의 대체. 저희가 해당 약물을 특정 신약 버전으로 대체하는 경우, 해당 약물을 약물 목록에서 즉시 삭제할 수 있지만, 신약 비용은 \$0 으로 유지됩니다. 새로운 일반 약물을 추가할 때 브랜드 약물을 목록에 유지하기로 결정할 수도 있지만 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.
 - 이 변경 사항을 적용하기 전에 귀하에게 알리지 않을 수 있지만 변경 사항이 발생하면 구체적인 변경 사항에 대한 정보를 보내드립니다.
 - 이러한 변경은 추가하는 약물이 다음과 같은 경우에만 가능합니다:
 - 브랜드 약물의 새로운 일반 버전인 경우, 또는
 - 약물 목록에 있는 오리지널 생물학적 제품의 특정 새로운 바이오시밀러 (biosimilar) 버전인 경우(예: 새로운 처방전 없이 오리지널 생물학적 제품을 대체할 수 있는 상호 교환 가능한 바이오시밀러 추가).

- 이러한 약물 유형 중 일부는 처음 접하는 약물일 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 B14** 을 참조하십시오.
- 귀하 또는 귀하의 의료 제공자는 이러한 변경 사항에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 예외 요청을 위한 단계적 방법에 대한 통지서를 귀하에게 보내드립니다. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.
- 안전하지 않은 약물 및 시중 판매가 중단된 약물 제거 경우에 따라 약물이 안전하지 않은 것으로 판단되거나 다른 이유로 시중에서 판매가 중단될 수 있습니다. 이러한 경우, 해당 약물을 *약물 목록*에서 즉시 제거할 수 있습니다. 귀하께서 해당 약물을 복용 중이라면, 변경 후 공지서를 보내드릴 것입니다.
- 귀하는 의사나 다른 처방자와 협력하여 귀하의 상태에 적합한 다른 약물을 찾을 수 있습니다. 다른 약을 찾는 데 도움이 필요하면 의사나 다른 처방자에게 문의하십시오.
- 도움을 위해 CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 주 7 일, 24 시간 전화하실 수 있습니다.

저희는 귀하가 복용하는 약에 영향을 미치는 다른 사항을 변경할 수도 있습니다. *약물 목록*에 대한 이러한 기타 변경이 있으면 사전에 알려 드릴 것입니다. 다음과 같은 경우 변화가 발생할 수 있습니다:

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

이러한 변경 사항이 발생할 경우, 저희는 다음을 할 것입니다:

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

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

- 약물 목록에 대신 복용할 수 있는 약물이 있는지 또는
- 이 변경으로 인해 예외를 요청할지 여부. 예외에 대한 자세한 정보를 위해 질문 B10-B12 을 참조하십시오.

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

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

- **사전승인:** 일부 약물은 처방약을 조제받기 전에 회원, 의사 또는 다른 처방자가 CalOptima Health OneCare Complete 의 승인을 먼저 받아야 할 수 있습니다. 사전승인은 의뢰와 다릅니다. 사전 승인을 받지 않으면 CalOptima Health OneCare Complete 에서 약물을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **수량 제한:** 때로는 CalOptima Health OneCare Complete 에서 받을 수 있는 약물의 양을 제한합니다.
- 단계 요법: 때로는 CalOptima Health OneCare Complete 에서 단계 요법을 요구할 수 있습니다. 이것은 의학적 증상을 위해 특정 순서로 약물을 시도해야 하는 것을 의미합니다. 저희가 다른 약을 보장하기 전에 한 가지 약을 먼저 시도해야 할 수 있습니다. 담당 의사가 첫 번째 약이 효과가 없다고 생각하면 저희는 두 번째 약을 보장해 드립니다.

섹션 C1 에 있는 표를 보면 약에 추가 요구 사항이나 제한 사항이 있는지 확인할 수 있습니다. 자세한 정보를 위해 저희 웹사이트 <u>www.caloptima.org/OneCare</u> 를 방문하십시오. 저희는 사전 승인 및 단계 요법 제한 사항을 설명하는 온라인 문서를 올렸습니다. 저희에게 사본을 요청할 수도 있습니다.

이러한 제한에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 이것은 의사 또는 기타 처방자와 상담할 시간을 줍니다. 그들은 *약물 목록*에 대신 복용할 수 있는 유사한 약물이 있는지 또는 예외를 요청할 것인지 여부를 결정을 하는데 도와 드릴 수 있습니다. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하십시오.

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

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

B6. CalOptima Health OneCare Complete 가 일부 약물을 보장하는 방법에 대한 규칙(예: 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계 요법 제한)을 변경하면 어떻게 됩니까?

경우에 따라 약물에 대한 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계 요법 제한을 추가하거나 변경하는 경우 사전에 알려드립니다. 이 사전 통지 및 *약물 목록*에 있는 약물에 대한 저희 규정이 변경될 때 사전에 알려드릴 수 없는 상황에 대한 자세한 내용은 질문 B3 을 참조하십시오.

B7. 약물 목록에서 약물을 어떻게 찾을 수 있습니까?

약물을 찾는 두가지 방법이 있습니다:

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

알파벳순으로 검색하려면 보장 약물 색인 섹션에서 약물을 찾으십시오. I-1 페이지부터 찾을 수 있습니다. 색인은 이 문서에 포함된 모든 약물의 알파벳순 목록을 제공합니다. 브랜드 약물과 일반약물 모두 색인에 포함되어 있습니다. 색인을 보고 약을 찾으십시오. 약 옆에 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호가 표시되어 있습니다. 색인에 나열된 페이지로 이동하여 목록의 첫 번째 열에서 약이름을 찾으십시오.

의료 증상으로 검색하려면 섹션 C1 에서 "의료 증상별 약물 목록" 을 찾으십시오. 이 섹션의 약물은 의료 증상 치료에 사용되는 유형에 따라 범주로 분류됩니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 심혈관계 약물 범주를 찾아봐야 합니다. 그곳에서 심장 상태를 치료하는 약을 찾을 수 있습니다.

B8. 복용하려는 약이 약 목록에 없다면 어떻게 합니까?

찾는 약이 약 목록에 없을 경우, 고객 서비스부 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)번으로 주 7 일 24 시간 연락하여 그것에 대해 문의하십시오. CalOptima Health OneCare Complete 에서 약을 보장하지 않는다는 것을 알게 된 경우, 다음 중 하나의 방법을 취하실 수 있습니다:

- 고객 서비스부에 복용하고자 하는 약과 같은 약들의 목록을 요청 그런 후, 귀하의 의사나 다른 처방자에게 목록을 보여줌. 그들은 복용하길 원하는 약과 같은 것으로서 약물 목록에 있는 약을 처방할 수 있음. **또는**
- 약 보장을 CalOptima Health OneCare Complete 보장 규칙에 대한 예외를 요청. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

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

저희가 도와 드릴 수 있습니다. CalOptima Health OneCare Complete 회원이 된 후 처음 90 일 동안은 30 일 분의 임시 약물 공급을 보장해 드릴 수 있습니다. 이것은 의사 또는 기타 처방자와 상담할 시간을 줍니다. 그들은 *약물 목록*에 대신 복용할 수 있는 유사한 약물이 있는지 또는 예외를 요청할 것인지 여부를 결정을 하는데 도와 드릴 수 있습니다.

처방전에 적힌 투약 일수가 그보다 짧으면, 저희는 최대 30 일분까지 약물을 제공하도록 여러 차례 조제를 허용할 것입니다.

다음의 경우 30 일 분의 약물 공급을 보장합니다:

• 약물 목록에 없는 약물을 복용하고 있는 경우 **또는**

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

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

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

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

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

기존 회원으로서 하나의 치료 환경에서 다른 치료 환경으로 이전하는 경우를 치료 수준의 변경(Level of Care Change)이라고 합니다. 이러한 경우의 예는 다음과 같습니다:

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

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

- 고객 서비스부에 복용하고자 하는 약과 같은 약들의 목록을 요청. 그런 후, 의사나 다른 처방자에게 목록을 보여주기. 그들은 귀하가 복용하길 원하는 약과 같은 것으로서 약물 목록에 있는 약을 처방할 수 있습니다, **또는**
- 약 보장을 위해 CalOptima Health OneCare Complete 에 보장 규칙에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 예외에 자세한 내용은 질문 B10 를 참조하십시오.

B10. 약을 보장하도록 예외를 요청할 수 있습니까?

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

또한, 약에 대한 규칙을 변경하도록 요청할 수 있습니다.

- 예로 CalOptima Health OneCare Complete 는 보장하는 약의 양을 제한할 수 있습니다. 약에 한도가 있는 경우, 한도를 변경하고 더 많이 보장해 줄 것을 저희에게 요청하실 수 있습니다.
- 다른 예: 저희에게 단계 요법 제한사항 또는 사전 승인 요건을 없앨 것을 요청할 수 있습니다.

B11. 예외 요청을 할 수도 있습니까?

예외를 요청하시려면, 고객 서비스부에 문의하십시오. 고객 서비스부 담당자가 귀하 및 귀하의 제공자와 협력하여 예외 요청을 도와드립니다. *회원 안내서*의 **제 9 장 섹션 G2** 에서 예외에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.

B12. 예외 적용을 받기까지 얼마나 걸립니까?

예외 신청을 지원하는 귀하 처방자의 지원서를 받으면 저희는 72 시간 이내에 예외 신청에 대한 결정을 내릴 것입니다. 지원서 제공에 대한 자세한 내용은 CalOptima Health OneCare Complete 고객서비스 번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7 일, 24 시간 연락하십시오.

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

B13. 일반 (제네릭) 약물이란 무엇입니까?

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

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

B14. 오리지널 바이오약물이란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?

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

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

B15. OTC 약이란 무엇입니까?

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

어떤 OTC 약물이 보험 적용 대상인지 알아보려면 CalOptima Health OneCare Complete 회원 안내서의 **제 4 장**을 참조하십시오.

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

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

비약물 OTC 제품의 예로는 인슐린 주사 관련 물품이 포함됩니다.

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

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

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

B18. 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달 받을 수 있습니까?

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

B19. 나의 공동 부담금은 얼마입니까?

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

구간은 저희 *약물 목록*에 있는 약의 그룹입니다.

- 1 단계에는 일반 약물을 포함합니다. 부담금은 \$0 입니다.
- 2 단계에는 브랜드 약물을 포함합니다. 부담금은 최대 \$12.65 입니다.

질문이 있으시면, 고객 서비스 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오.

?

C. 보장 약물 목록 개요

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

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

파트 D 에 따른 항소

- 항소란 저희가 귀하의 플랜 혜택에 대해 내린 결정을 재검토하여 실수가 있었다면 이를 바로 잡도록 공식 요청하는 절차입니다.
- 예로 저희는 귀하가 원하는 약물이 보장 대상이 아라고 결정을 내리거나, Medicare 나 Medi-Cal 에 의해 더 이상 보장되지 않을 수 있습니다.
- 귀하 또는 담당 의사가 저희의 결정에 동의하지 않을 경우, 항소를 할 수 있습니다. 질문이 있으시면, 고객 서비스 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오.
- *회원 안내서*의 **제 9 장**에서 항소에 대한 자세한 내용을 확인할 수 있습니다.
- 파트 D 약물이 아닌 약은 항소에 대한 다른 규칙이 있습니다.

?

C1. 의료 증상별 약물 목록

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

다음은 "사용에 대한 필요한 조치, 제한 또는 한도" 열에서 사용되는 코드의 의미입니다:

코드	의미		
PA	귀하(또는 담당 의사)는 이 약에 대한 처방전을 조제하기 전 CalOptima Health OneCare Complete 로부터 사전 승인을 받아야 합니다. 사전 승인 없이는 CalOptima Health OneCare Complete 는 이 약을 보장하지 않을 수 있습니다.		
PA BvD	이 약물은 Medicare 파트 B 또는 파트 D 에 따른 지급 대상일 수 있습니다. 귀하(또는 담당 의사)는 이 약에 대한 처방전을 조제하기 전에 이 약이 Medicare 파트 D 에 따라 보장이 되는지를 판단하기 위해 CalOptima Health OneCare Complete 로부터 사전 승인을 받아야 합니다. 사전 승인 없이는 CalOptima Health OneCare Complete 는 이 약을 보장하지 않을 수 있습니다.		
PA NSO	신규 회원이거나 이전에 이 약을 복용한 적이 없는 경우, 귀하(또는 담당 의사)는 이약에 대한 처방전을 조제하기 전에 CalOptima Health OneCare Complete 로부터 사전승인을 받아야 합니다. 사전 승인 없이는 CalOptima Health OneCare Complete 는 이약을 보장하지 않을 수 있습니다.		
QL	CalOptima Health OneCare Complete 는 처방전마다 또는 특정 기간 내에 보장되는 이약의 양을 제한합니다.		
ST	CalOptima Health OneCare Complete 에서 이 약에 대한 보장을 제공하기 전에 먼저 질병을 치료하기 위해 다른 약(들)을 시도해야 합니다. 이 약은 다른 약(들)이 효과가 없는 경우에만 보장될 수 있습니다.		

질문이 있는 경우, CalOptima Health OneCare Complete 번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7 일 24 시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 정보가 필요하시면** <u>www.caloptima.org/onecare</u> 를 방문하십시오.

11/07/2025

코드	의미
LA	이 처방전은 특정 약국에서만 조제할 수 있습니다. 자세한 정보는 약국 목록을 참조하거나 고객 서비스 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 주 7 일 24 시간 전화하십시오.
EX	이 처방약은 일반적으로 Medicare 처방약 플랜에서 보장되지 않습니다. 이 약의 처방을 받을 때 지불하는 금액은 총 약값에 포함되지 않습니다 (즉, 지불하는 금액은 재난(catastrophic) 보장 적용 자격을 얻는 데 도움이 되지 않습니다). 또한, 처방약 비용 지불을 위해 추가 지원을 받고 있는 경우, 이 약의 비용 지불에 대한 추가 지원을 받을 수 없습니다.
СВ	상한 혜택 한도가 적용됩니다.
GC	이 처방약은 보장 공백 기간 동안 보장됩니다. 이 보장에 대한 자세한 내용은 <i>회원</i> 안내서를 참조하십시오.

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

ı

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
Analgesics		
JOURNAVX 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 14 days)
Analgesics Combinations		
acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days)
butalbital-acetaminophen- caffeine 50-325-40 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENDOCET (5-325 MG TABLET, 7.5-325 MG TABLET, 10-325 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydrocodone-acetamin 10- 325/15	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 10-325mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 5- 325mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름		인 약물 비용 담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics			
hydrocodone-ibuprofer	n 7.5-200	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminop (oxycodon-acetaminop 325, oxycodone-acetal 5-325, oxycodone- acetaminophen 10-325 oxycodone-acetaminop 325)	nhen 7.5- minophen 5,	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
Nonsteroidal Anti-inflammator	Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
celecoxib (100 mg cap mg capsule)	sule, 400	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
celecoxib (50 mg caps mg capsule)	ule, 200	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
diclofenac 2% solution	pump	\$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
diclofenac epolamine 1	1.3% ptch	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
diclofenac pot 50 mg ta	ablet	\$0 (Tier 1)	
diclofenac sod er 100 i	mg tab	\$0 (Tier 1)	
diclofenac sodium (dr 2 dr 50 mg tab, dr 75 mg 25 mg tab, ec 50 mg ta mg tab)	tab, ec	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 24 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 25 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Opioid Analgesics, Long-acting		
fentanyl (12 patch, 25 patch, 50 patch, 75 patch, 100 patch)	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 30 days)
levorphanol tartrate (2 mg tablet, 3 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
methadone hcl (5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
morphine sulfate er (sulf er 100 mg tablet, sulf er 200 mg tablet, sulfate er 100 mg cap, sulfate er 120 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
morphine sulfate er (sulf er 15 mg tablet, sulf er 30 mg tablet, sulf er 60 mg tablet, sulfate er 10 mg cap, sulfate er 30 mg cap, sulfate er 45 mg cap, sulfate er 50 mg cap, sulfate er 60 mg cap, sulfate er 75 mg cap, sulfate er 80 mg cap, sulfate er 90 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 26 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics			
oxymorphone hcl er (er tablet, er 10 mg tab, er tab, er 20 mg tab, er 30 er 40 mg tab)	15 mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
oxymorphone hcl er 7.5	mg tab	\$0 (Tier 1)	
Opioid Analgesics, Short-actin	g		
codeine sulfate (15 mg mg tablet, 60 mg tablet,		\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydromorphone hcl (1 r solution, 2 mg tablet, 4 tablet, 5 mg/5 ml soln, 8 tablet)	mg	\$0 (Tier 1)	
meperidine hcl (25 mg/l mg/5 ml solution, 50 mg 100 mg/ml vial)		\$0 (Tier 1)	PA
morphine sulfate (sulf 1 ml cup, sulf 10 mg/5 ml 20 mg/5 ml soln, sulf 10 ml conc, sulfate ir 15 m sulfate ir 30 mg tab)	soln, sulf 00 mg/5	\$0 (Tier 1)	
oxycodone hcl ((ir) 5 mg 5 mg tablet, 5 mg tablet ml cup, 5 mg/5 ml soln, mg tab, (ir) 15 mg tab, tablet, (ir) 20 mg tab, 20 tablet, (ir) 30 mg tab, 30 tablet, 100 mg/5 ml con	t, 5 mg/5 (ir) 10 15 mg 0 mg 0 mg	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 27 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 28 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Age	nts	
Alcohol Deterrents/Anti-craving		
acamprosate calc dr 333 mg tab	\$0 (Tier 1)	
disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
naltrexone 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
Opioid Dependence		
buprenorphine 2 mg tablet sl	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days)
buprenorphine 8 mg tablet sl	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
buprenorphine-nalox 12-3mg flm	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone (buprenorphin-naloxon 8-2 mg sl, buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm, buprenorphine-nalox 2- 0.5mg tb, buprenorphine-nalox 4-1mg film, buprenorphine-nalox 8-2 mg tab, buprenorphine-nalox 8-2mg film, buprenorphn-naloxn 2-0.5 mg sl)	\$0 (Tier 1)	
lofexidine 0.18 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 29 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Ager	nts		
Opioid Reversal Agents			
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)	
naloxone hcl (0.4 mg/ml carpuject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)		
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)	
Smoking Cessation Agents			
bupropion hcl sr 150 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)	
varenicline starting month box	\$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)	
varenicline tartrate (apo- varenicline 0.5 mg tablet, apo- varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 30 LAST UPDATED: 11/2025

	·	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
Aminoglycosides		
amikacin sulf 500 mg/2 ml vial	\$0 (Tier 1)	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (252 per 30 days)
gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
gentamicin sulfate in ns (60 mg/ns 50 ml pb, iso 100 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, 80 mg/ns 100 ml pb, 80 mg/ns 50 ml pb, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml, 100 mg/ns 100 ml)	\$0 (Tier 1)	
neomycin 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
streptomycin sulf 1 gm vial	\$0 (Tier 1)	
tobramycin sulfate (1.2 gm vial, 1.2 gram/30 ml vial, 10 mg/ml vial, 20 mg/2 ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
Antibacterials, Other		
aztreonam (1 gm vial, 2 gm vial)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 31 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml	\$0 (Tier 1)	
clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
clindamycin pediatr 75 mg/5 ml	\$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl)	\$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml- d5w, 900 mg/50 ml-d5w)	\$0 (Tier 1)	
colistimethate 150 mg vial	\$0 (Tier 1)	
DALVANCE 500 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
fosfomycin 3 gm sachet	\$0 (Tier 1)	
linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 32 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacteria	s		
	linezolid 600 mg/300 ml-d5w	\$0 (Tier 1)	PA
	metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel, vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)	\$0 (Tier 1)	
	nitrofurantoin (25 mg/5 ml susp, mcr 25 mg cap, mcr 50 mg cap, mcr 100 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
	nitrofurantoin mono-mcr 100 mg	\$0 (Tier 1)	
	polymyxin b sulfate vial	\$0 (Tier 1)	
	SIVEXTRO (200 MG TABLET, 200 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (6 per 30 days)
	SOLOSEC 2 GM GRANULE PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
	tigecycline 50 mg vial	\$0 (Tier 1)	PA
	tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	trimethoprim 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
	vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg a-v vial, 500 mg add-van vial, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 33 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
vancomycin hcl 125 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (160 per 30 days)
XIFAXAN (200 MG TABLET, 550 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Beta-lactam, Cephalosporins		
AVYCAZ 2.5 GRAM VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
cefadroxil (1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	
cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
cefdinir (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 34 LAST UPDATED: 11/2025

		_
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
cefixime (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
cefotetan (1 gm vial, 2 gm vial)	\$0 (Tier 1)	
cefoxitin (1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial)	\$0 (Tier 1)	
cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)	\$0 (Tier 1)	
ceftriaxone (1 gm add-vant vial, 1 gm vial, 2 gm add vial, 2 gm vial, 10 gm vial, 100 gram bulk bag, 250 mg vial, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
cefuroxime (250 mg tab, 500 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 35 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
TAZICEF (1 GM ADD- VANTAGE VIAL, 1 GRAM VIAL, 6 GRAM VIAL)	\$0 (Tier 1)	
TEFLARO (400 MG VIAL, 600 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ZERBAXA 1.5 GRAM VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Beta-lactam, Penicillins		
amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 36 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
ampicillin 500 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
ampicillin sodium (1 gm add- vantage vl, 1 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)	\$0 (Tier 1)	
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)	\$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)	
dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm bulk vial)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 37 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
oxacillin 2 gm/ 50 ml inj	\$0 (Tier 1)	
oxacillin sodium (1 gm add- vantage vl, 1 gm vial, 10 gm vial)	\$0 (Tier 1)	
penicillin g na 5 million unit	\$0 (Tier 1)	
penicillin g potassium (5 million, 20 million)	\$0 (Tier 1)	
penicillin gk-iso-osm dextrose (pen g 2 million unit/50 ml, pen g 3 million unit/50 ml)	\$0 (Tier 1)	
penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
piperacillin-tazobactam (piperacil-tazo 2.25 gm add vl, piperacil-tazo 3.375 gm add vl, piperacil-tazo 4.5 gm add vial, piperacil-tazobact 2.25 gm vl, piperacil-tazobact 3.375 gm vl, piperacil-tazobact 4.5 gm vial, piperacil-tazobact 13.5 gm vl, piperacil-tazobact 40.5 gram)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 38 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
Carbapenems		
ertapenem 1 gram vial	\$0 (Tier 1)	
imipenem-cilastatin sodium (250 mg vl, 500 mg vl)	\$0 (Tier 1)	
meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Macrolides		
azithromycin (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 250 mg tablet (dose pack)	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 500 mg tablet (dose pack)	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 39 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
DIFICID 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (20 per 10 days)
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)	
erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
Quinolones		
BAXDELA (300 MG VIAL, 450 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 14 days)
ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w	\$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin hcl 250 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 40 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
levofloxacin-d5w (500 mg/100 ml-d5w, 750 mg/150 ml-d5w)	\$0 (Tier 1)	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag	\$0 (Tier 1)	
moxifloxacin hcl 400 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
ofloxacin (300 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
Sulfonamides		
sodium sulfacetamide 10% lot	\$0 (Tier 1)	
sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)	\$0 (Tier 1)	
sulfadiazine 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)	\$0 (Tier 1)	
Tetracyclines		
demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
DOXY 100 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	
doxycycline hyclate (hyc 100 mg vial, hyclate 100 mg cap, hyclate 100 mg tab, hyclate 100 mg vl)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 41 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Antibacteria	ls			
	doxycycline monohydrate (25 mg/5 ml susp, mono 50 mg tablet, mono 75 mg tablet, mono 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)		
	minocycline hcl (50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)		
	tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)		
약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Anticonvulsa	Anticonvulsants			
Antic	onvulsants, Other			
	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	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 42 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
divalproex sodium (dr 125 mg cap sprnk, sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)	\$0 (Tier 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (680 per 28 days)
lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
lamotrigine tab start kit-blue	\$0 (Tier 1)	
lamotrigine tab start kt-green	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 43 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
lamotrigine tab start kt-orang	\$0 (Tier 1)	
levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)	\$0 (Tier 1)	
levetiracetam er 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
levetiracetam er 750 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
perampanel 2 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
perampanel 4 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
perampanel 6 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SPRITAM (250 MG TABLET, 500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SUBVENITE (25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KIT (BLUE)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 44 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 45 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants			
clo. odt	nazepam (0.25 mg odt, 2 mg	\$0 (Tier 1)	
	nazepam (0.5 mg tablet, 1 mg let)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
clo	nazepam 0.125 mg odt	\$0 (Tier 1)	
clo	nazepam 0.5 mg odt	\$0 (Tier 1)	
clo	nazepam 1 mg odt	\$0 (Tier 1)	
clo	nazepam 2 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
mg	razepate dipotassium (3.75 tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg let)	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
2.5 rec sys mg	zepam (2.5 mg rectal gel sys, img rectal gel(2pk), 10 mg ital gel syrg, 10 mg rectal gel it, 10mg rectal gel (2pk), 20 rectal gel syrg, 20 mg rectal syst, 20mg rectal gel (2pk))	\$0 (Tier 1)	
	bapentin (100 mg capsule, 0 mg capsule, 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
250	bapentin (250 mg/5 ml soln, 0 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 soln, 300 mg/6ml soln cup)	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 46 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
gabapentin 400 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
gabapentin 800 mg tablet	\$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
phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
pregabalin 20 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)
primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 47 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Anticonvulsants			
tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 r tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)	90 (Tier 1)		
VALTOCO (5 MG NASAL SPRAY, 10 MG NASAL SPR 15 MG NASAL SPRAY, 20 M NASAL SPRAY)	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	QL (10 per 28 days), PA NSO	
vigabatrin 500 mg powder pa	ckt \$0 (Tier 1)	PA NSO	
vigabatrin 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)		
VIGADRONE 500 MG TABLE	ET \$0 (Tier 1)		
VIGAFYDE 100 MG/ML ORA SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO	
VIGPODER 500 MG POWDE PACKET	\$0 (Tier 1)	PA NSO	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1100 per 30 days), PA NSO	
Sodium Channel Agents			
carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tab ch 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)	<i>ew,</i> \$0 (Tier 1)		

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 48 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

'(세인 경보들 귀에, 법사이트 www.caloptilla.org/orlecare을 당군이합시오.

Formulary ID: 26418, Version: 13 49 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	
phenytoin sod ext 100 mg cap	\$0 (Tier 1)	
rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50- 100 MG PAK, 150-200 MG PK)	\$0-\$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
zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (4 per 28 days)	
\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)	
\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)	
	부담 (계층 수준) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0 (Tier 1)	

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Antidementia Agents			
memantine hcl (5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
memantine hcl er 7 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Antidepressants			
Antidepressants, Other			
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO	
bupropion hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)	
bupropion hcl 75 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)	
bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
bupropion xl (150 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 52 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Antidepressants			
mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg, 12-25 mg, 12-50 mg)	\$0 (Tier 1)		
perphenazine-amitriptyline (2 mg-10 mg tab, 2 mg-25 mg tab, 4 mg-10 mg tab, 4 mg-25 mg tab, 4 mg-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA NSO	
ZURZUVAE (20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0-\$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	
Monoamine Oxidase Inhibitors			
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)		

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 53 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Antidepressants			
phenelzine sulfate 15 mg tab	\$0 (Tier 1)		
tranylcypromine sulf 10 mg tab	\$0 (Tier 1)		
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)			
citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)	
desvenlafaxine er (er 50 mg tab, er 50 mg tablet)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO	
desvenlafaxine er 100 mg tab	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO	
desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
desvenlafaxine succnt er 100mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)	
DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 30 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO	
duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 54 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants	s		
ta	scitalopram oxalate (5 mg ablet, 10 mg tablet, 20 mg ablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
	scitalopram oxalate (oxalate 5 ng/5 ml, 10 mg/10 ml cup)	\$0 (Tier 1)	
C. C.	ETZIMA (ER 20 MG APSULE, ER 40 MG APSULE, ER 80 MG APSULE, ER 120 MG APSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
	ETZIMA 20-40 MG TITRATION AK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
	uoxetine hcl (10 mg capsule, 10 ng tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
	uoxetine hcl (20 mg capsule, 20 ng tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
	uoxetine hcl (20 mg/5 ml soln up, 20 mg/5 ml solution)	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
flu	uoxetine hcl 40 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
	uvoxamine maleate (25 mg tab, 0 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 55 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
fluvoxamine maleate 100 mg	tab \$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
nefazodone hcl (150 mg table 250 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$() (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
paroxetine hcl (10 mg tablet, 2 mg tablet, 40 mg tablet)	20 \$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
paroxetine hcl 10 mg/5 ml sus	sp \$0 (Tier 1)	PA NSO
paroxetine hcl 30 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
pmdd fluoxetine 10mg tablet	\$0 (Tier 1)	
pmdd fluoxetine 20mg tablet	\$0 (Tier 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
sertraline 20 mg/ml oral conc	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)	90 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
sertraline hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
trazodone hcl (50 mg tablet, 1 mg tablet, 150 mg tablet, 300 tablet)		

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 56 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Antidepressants			
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 20 MG TABLET)	,	QL (30 per 30 days), PA NSO	
venlafaxine bes er 112.5 mg tb	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO	
venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 7 mg tablet, 100 mg tablet)	5 \$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)	
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg ta	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)	
venlafaxine hcl er 150 mg tab	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)	
vilazodone hcl (10 mg tablet, 2 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO	
Tricyclics			
amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA NSO	
amoxapine (25 mg tablet, 50 m tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	90 (Tier 1)		

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 57 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 58 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepress	ants		
	trimipramine maleate 100 mg cp	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiemetics			
Antie	metics, Other		
	GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (9.8 per 28 days)
	meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)	\$0 (Tier 1)	
	prochlorperazine 25 mg supp	\$0 (Tier 1)	
	prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
	promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)	\$0 (Tier 1)	
	promethazine hcl (6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 59 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiemetics			
PF M0	ROMETHEGAN (25 MG, 50 G)	\$0 (Tier 1)	
SC	opolamine 1 mg/3 day patch	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
trii	methobenzamide 300 mg cap	\$0 (Tier 1)	
Emetoge	nic Therapy Adjuncts		
	orepitant (80 mg capsule, 125 g capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 30 days)
ар	prepitant 125-80-80 mg pack	\$0 (Tier 1)	PA
ар	prepitant 40 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
	onabinol (2.5 mg capsule, 5 g capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA
gr	anisetron hcl 1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
	ndansetron hcl (4 mg tablet, 8 g tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
	ndansetron hcl (4 mg/5 ml soln up, 4 mg/5 ml solution)	\$0 (Tier 1)	
	ndansetron odt (odt 4 mg blet, odt 8 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ap dro mg gra on mg on cu	prepitant 40 mg capsule conabinol (2.5 mg capsule, 5 g capsule, 10 mg capsule) anisetron hcl 1 mg tablet adansetron hcl (4 mg tablet, 8 g tablet) adansetron hcl (4 mg/5 ml soln ap, 4 mg/5 ml solution) adansetron odt (odt 4 mg	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days) PA PA QL (60 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 60 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antifungals		
Antifungals		
amphotericin b 50 mg vial	\$0 (Tier 1)	PA
amphotericin b liposome 50 mg	\$0 (Tier 1)	PA
caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)	\$0 (Tier 1)	PA
clotrimazole (1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)	\$0 (Tier 1)	
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
fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)	\$0 (Tier 1)	
fluconazole-ns 200 mg/100 ml	\$0 (Tier 1)	
flucytosine (250 mg capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 62 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antifungals			
NYSTOF POWDE	P 100,000 UNIT/GM :R	\$0 (Tier 1)	
,	nazole (dr 100 mg tablet, '5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	PA
terbinafi	ne hcl 250 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
	zole (0.4% cream, 0.8% 80 mg suppository)	\$0 (Tier 1)	
	azole (40 mg/ml susp, 50 et, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
voricona	azole 200 mg vial	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13

63 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antigout Age	ents		
	febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)	\$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)
	probenecid 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
	probenecid-colchicine tablet	\$0 (Tier 1)	
약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimigraine	Agents		
Antim	igraine Agents		
	ELYXYB 120 MG/4.8 ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28.8 per 6 days)
Calcit	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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 64 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimigraine Agents		
EMGALITY 120 MG/ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
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)
Ergot Alkaloids		
dihydroergotamine 4 mg/ml spry	\$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists		
naratriptan 1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
naratriptan 2.5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 65 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimigraine Ager	nts		
	natriptan (5 mg nasal spray, mg nasal spray)	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
	natriptan succinate (25 mg et, 50 mg tablet, 100 mg et)	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
ml c	natriptan succinate (4 mg/0.5 cart, 4 mg/0.5 ml inject, 6 0.5 ml vial, 6 mg/0.5ml pinj)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
zoln table	nitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg et)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
zoln mg (nitriptan odt (2.5 mg odt, 5 odt)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimyasthenic A	gents		
Parasympa	athomimetics		
mg t	dostigmine bromide (br 30 tablet, 60 mg/5 ml cup, 60 5 ml soln, br 60 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 66 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimyasthenic Agents		
pyridostigmine er 180 mg tab	\$0 (Tier 1)	
VYVGART HYTRULO 1,000MG- 10,000	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (20 per 28 days)
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
rifabutin 150 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
Antituberculars		
ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
PRIFTIN 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
pyrazinamide 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 67 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimycobacterials		
rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
SIRTURO (20 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TRECATOR 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
cyclophosphamide (25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
GLEOSTINE (10 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 100 MG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

\$0-\$12.65 (Tier

2)

\$0-\$12.65 (Tier 2)

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

LEUKERAN 2 MG TABLET

MATULANE 50 MG CAPSULE

Formulary ID: 26418, Version: 13 LAST UPDATED: 11/2025 68

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
Antiandrogens		
abiraterone acetate 250 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
abiraterone acetate 500 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ABIRTEGA 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
bicalutamide 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
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
nilutamide 150 mg tablet	\$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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13

본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
\$0 (Tier 1)	LA, PA NSO
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
\$0-\$12.65 (Tier 2)	
	부담 (계층 수준) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0-\$12.65 (Tier 2)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 70 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
toremifene citrate 60 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Antimetabolites		
mercaptopurine (20 mg/ml suspen, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
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
hydroxyurea 500 mg capsule	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 71 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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
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
OGSIVEO 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 72 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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)	
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
anastrozole 1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
exemestane 25 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
letrozole 2.5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
Molecular Target Inhibitors		
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	\$0-\$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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 73 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 74 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	\$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)
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
dasatinib (20 mg tablet, 50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 75 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
dasatinib 70 mg tablet	\$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
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 76 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용	필요한 조치, 제한 또는 사용
	부담 (계층 수준)	제한
Antineoplastics		
GAVRETO 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
gefitinib 250 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0-\$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
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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 77 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	\$0-\$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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 78 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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
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 10 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 79 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
KRAZATI 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
lapatinib 250 mg tablet	\$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

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

TAND 612 TAN, GASTE WWW.caloptima.org/onecarce Session 1.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
LUMAKRAS 120 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 81 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
NERLYNX 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 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
pazopanib hcl 200 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (14 per 21 days), PA NSO

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 82 LAST UPDATED: 11/2025

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 83 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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 PELLET 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
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
sorafenib 200 mg tablet	\$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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 84 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
TAGRISSO (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 CAPSULE, 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
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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 85 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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 (160 MG TABLET, 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
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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 86 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 87 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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 PELLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
XALKORI 20 MG PELLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
XALKORI 50 MG PELLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 88 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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
Retinoids		
bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
tretinoin 10 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 89 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
mesna 400 mg tablet	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
Anthelminthics		
albendazole 200 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
ivermectin 3 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
praziquantel 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
Antiprotozoals		
atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)	\$0 (Tier 1)	PA
atovaquone-proguanil hcl (62.5- 25, 250-100)	\$0 (Tier 1)	
chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 90 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
COARTEM TABLETS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 3 days)
hydroxychloroquine 200 mg tab	\$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)
mefloquine hcl 250 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
nitazoxanide 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)	\$0 (Tier 1)	
primaquine 26.3 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
pyrimethamine 25 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
quinine sulfate 324 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
Anticholinergics		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 LAST UPDATED: 11/2025 91

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml soln, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
Antiparkinson Agents, Other		
amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln)	\$0 (Tier 1)	
carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)	\$0 (Tier 1)	
entacapone 200 mg tablet	\$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)
tolcapone 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Agonists		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)	\$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	QL (30 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 92 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
pramipexole 0.75 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Ac	id Decarboxylase Inf	nibitors
carbidopa 25 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
carbidopa-levodopa (carbidopa- levo 10-100 mg odt, carbidopa- levo 25-100 mg odt, carbidopa- levo 25-250 mg odt, carbidopa- levodopa 10-100 tab, carbidopa- levodopa 25-100 tab, carbidopa- levodopa 25-250 tab)	\$0 (Tier 1)	
carbidopa-levodopa er (er 25- 100 tab, er 50-200 tab)	\$0 (Tier 1)	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 93 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinsor	n Agents		
	selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotic	cs control of the con		
1st Ge	eneration/Typical		
	chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	fluphenazine dec 125 mg/5 ml	\$0 (Tier 1)	
	fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5 ml elix, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml conc, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	haloperidol dec 100 mg/ml amp	\$0 (Tier 1)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 94 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 필요한 조치, 부담 (계층 수준) 제한	제한 또는 사용
Antipsychotics		
haloperidol decanoate (50 r ampul, 50 mg/ml vial, 100 n amp, 100 mg/ml vial, 250 m ml vl, 500 mg/5 ml vl)	ng/ml \$0 (Tier 1)	
haloperidol lactate (2 mg/m/conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/ml vl)	/ml \$0 (Tier 1)	
loxapine (5 mg capsule, 10 capsule, 25 mg capsule, 50 capsule)		
molindone hcl (5 mg tablet, mg tablet, 25 mg tablet)	10 \$0 (Tier 1)	
perphenazine (2 mg tablet, tablet, 8 mg tablet, 16 mg ta	5 (1) (1) er 1)	
pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
thioridazine hcl (10 mg table mg tablet, 50 mg tablet, 100 tablet)		
thiothixene (1 mg capsule, 2 capsule, 5 mg capsule, 10 r capsule)		

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 95 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
2nd Generation/Atypical		
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)
aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
aripiprazole 1 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	\$0-\$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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 96 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
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)
asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 97 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 98 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
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)
lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lurasidone hcl 80 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10- 10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	\$0-\$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
olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 99 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM)	\$0-\$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
paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
paliperidone er 6 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PERSERIS ER 120 MG SYRINGE KIT	\$0-\$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
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)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 100 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychoti	cs		
	quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
	REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
	risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
	risperidone 1 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
	risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
	risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)	\$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 SYRING, ER 200 MG/0.56 ML SYRING, ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 56 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 101 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
UZEDY (ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE, ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE, ER 100 MG/0.28 ML SYRING, ER 125 MG/0.35 ML SYRING)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
VRAYLAR (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
ziprasidone 20 mg/ml vial	\$0 (Tier 1)	
ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Antipsychotics		
COBENFY (50 MG-20 MG CAPSULE, 100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE)	\$0-\$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		
clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 102 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
clozapine odt (odt 12.5 mg tablet, odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet, odt 150 mg tablet, odt 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
약 이름	본인 약물 비용	필요한 조치, 제한 또는 사용

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INS	STI)	
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)	
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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 104 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
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)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse	e Transcriptase Inhib	nitors (NNRTI)
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)	
efavir-emtri-tenof 600-200-300	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
efavirenz 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
efavirenz-lamivu-tenofov disop (400-300-300, 600-300-300)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
emtricit-rilp-tenof 200-25-300	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
INTELENCE 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 105 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
nevirapine (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
nevirapine er 400 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
PIFELTRO 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleoti	de Reverse Transcr	iptase Inhibitors (NRTI)
abacavir 20 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
abacavir 300 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
abacavir-lamivudine 600-300 mg	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
CIMDUO 300-300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
DESCOVY (120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
emtricitabine 200 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167- 250mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
emtricitabine-tenofv 200-300mg	\$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 106 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
lamivudine (10 mg/ml oral 150 mg tablet, 300 mg tab 300 mg/30ml sol cup)	·	
lamivudine-zidovudine tabi	let \$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 SUSP	\$ TAB \$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
zidovudine (50 mg/5 ml sy. 100 mg capsule, 300 mg ta	\$0 (Her 1)	
Anti-HIV Agents, Other		
maraviroc 150 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
maraviroc 300 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ER 600 MG TAI	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SELZENTRY 20 MG/ML C SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1840 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 107 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
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)	
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
fosamprenavir 700 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

TAME 612 TIM, GAME WWW.caloptima.org/officearce 82 Manual

Formulary ID: 26418, Version: 13 108 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
lopinavir-ritonavir (lopinavir- ritonavir 80-20mg/ml, lopinavi ritonavr 100-25mg tb, lopinavi ritonavr 200-50mg tb)	\$() (Lier 1)	
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PREZCOBIX 800 MG-150 MC TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 1 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ritonavir 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 M TAB	G \$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET 625 MG TABLET)	, \$0-\$12.65 (Tier 2)	
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY 200 MG TABLE	T \$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (336 per 28 days)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 109 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals	(/ _ /	
PREVYMIS (240 MG TABLET, 480 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
valganciclovir 450 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days)
valganciclovir hcl 50 mg/ml	\$0 (Tier 1)	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
lamivudine 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA NSO
tenofovir disop fum 300 mg tb	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	\$0-\$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)
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA (150-37.5 MG PELLET PKT, 200-50 MG PELLET PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 110 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
MAVYRET 100-40 MG TABLET	\$0-\$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)
ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
sofosbuvir-velpatasvir 400-100	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
SOVALDI (150 MG PELLET PACKET, 200 MG PELLET PACKET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0-\$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)
ZEPATIER 50-100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
Anti-influenza Agents		
oseltamivir 6 mg/ml suspension	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)

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

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals			
	oseltamivir phos 30 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
	oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
	RELENZA 5 MG DISKHALER	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 180 days)
	rimantadine hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
	XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
	XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)
Antiherpetic Agents			
	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)	\$0 (Tier 1)	
	acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)	\$0 (Tier 1)	PA
	famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
	famciclovir 125 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals			
	penciclovir 1% cream	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
	valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
Antiv	iral, Coronavirus Agents		
	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)
	PAXLOVID 300/150- 100MG(SEVERE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (11 per 5 days)
약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anxiolytics			
Anxio	olytics, Other		
	buspirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	hydroxyzine 2 mg/ml oral solution	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 114 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anxiolytics		
lorazepam 2 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Bipolar Agents	TO (/110 TL)	개한
Mood Stabilizers		
lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
lithium carbonate er (er 300 mg tb, er 450 mg tb)	\$0 (Tier 1)	
lithium citrate (8 meq/5 ml soln cup, 8 meq/5 ml solution)	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 116 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
glipizide er 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
glipizide xl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
glipizide xl 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
glipizide-metformin 2.5-250 mg	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
glyburid-metformin 1.25-250 mg	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
glyburide 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (240 per 30 days)
glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
INVOKAMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TABLET, 150-500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
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 (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 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)
metformin hcl (750 mg tablet, 850 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
metformin hcl 1,000 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
metformin hcl 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
metformin hcl er 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
metformin hcl er 750 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
repaglinide 0.5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RYBELSUS (3 MG TABLET, 7 MG TABLET, 14 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 PEN INJECTOR	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SYMLINPEN 60 PEN INJECTOR	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 119 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 120 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
Glycemic Agents		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 28 days)
diazoxide 50 mg/ml oral susp	\$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	\$0-\$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)
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)

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

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 122 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro 100 unit/ml pen	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro 100 unit/ml vl	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro jr 100 unit/ml	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro mix 75-25 kwkpn	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 (70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0-\$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)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 124 LAST UPDATED: 11/2025

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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
ELIQUIS (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr	\$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr	\$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr	\$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)
enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)	\$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
fondaparinux sodium (2.5 mg/0.5 ml syr, 5 mg/0.4 ml syr, 7.5 mg/0.6 ml syr, 10 mg/0.8 ml syr)	\$0 (Tier 1)	
FRAGMIN (10,000 UNIT/ML SYRINGE, 10,000 UNITS/ML SYRING)	\$0-\$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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 126 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
FRAGMIN (18,000 UNIT/0.72 ML, 18,000 UNITS/0.72 ML)	\$0-\$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)
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)
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)	\$0 (Tier 1)	
jantoven (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
rivaroxaban 1 mg/ml suspension	\$0 (Tier 1)	
warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
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		
anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 128 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
eltrombopag 12.5 mg susp pkt	\$0 (Tier 1)	PA, QL (360 per 30 days)
eltrombopag 25 mg susp packet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
eltrombopag 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
eltrombopag 75 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
eltrombopag olamine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
EPOGEN (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL)	\$0-\$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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 129 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifie	ers		
NEULASTA 6 SYRINGE	6 MG/0.6 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SYR, 300 MC	(300 MCG/0.5 ML CG/ML VIAL, 480 SYR, 480 MCG/1.6	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SYRING, 300	300 MCG/0.5 ML MCG/ML VIAL, ML SYRING, 480 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
NYVEPRIA 6 SYRINGE	MG/0.6 ML	\$0 (Tier 1)	PA
VIAL, 3,000 U 4,000 UNITS UNITS/ML VI ML VIAL, 20,	000 UNITS/ML JNITS/ML VIAL, /ML VIAL, 10,000 AL, 20,000 UNIT/2 000 UNITS/ML UNITS/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
	00 MCG/0.5 ML 30 MCG/0.8 ML	\$0 (Tier 1)	PA
VIAL, 3,000 U 4,000 UNIT/M UNIT/ML VIA	2,000 UNIT/ML JNIT/ML VIAL, //L VIAL, 10,000 L, 20,000 UNIT/2 000 UNIT/ML VIAL, //ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 130 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
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		
tranexamic acid 650 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
aspirin-dipyridam er 25-200 mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA 60 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 131 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
clopidogrel 75 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DOPTELET ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (15 per 5 days)
DOPTELET (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TAVALISSE (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ticagrelor 90 mg tablet	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 132 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Alpha-adrenergic Agonists		
clonidine (0.1 patch, 0.2 patch, 0.3 patch)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
droxidopa (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 14 days)
guanfacine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
midodrine hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
phenoxybenzamine hcl 10 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA
prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 133 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Cardiovascular Agents			
Angiotensin II Receptor Antagonists			
candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb, 32 mg tb)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors			
benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
benazepril hcl 40 mg tablet	\$0 (Tier 1)		
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)	\$0 (Tier 1)		

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 134 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascu	ılar Agents		
	fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
	lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
	lisinopril (30 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
	quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
	ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
	trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
Antiarrhythmics			
	amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 135 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
digoxin 0.05 mg/ml solution	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
digoxin 125 mcg tablet	\$0 (Tier 1)	
digoxin 250 mcg tablet	\$0 (Tier 1)	
disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)	\$0 (Tier 1)	
flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 136 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Cardiovascular Ag	gents			
quin	idine gluc er 324 mg tab	\$0 (Tier 1)		
·	idine sulfate (200 mg tab, mg tab)	\$0 (Tier 1)		
	lol (80 mg tablet, 120 mg et, 160 mg tablet, 240 mg et)	\$0 (Tier 1)		
120	ALOL AF (80 MG TABLET, MG TABLET, 160 MG LET)	\$0 (Tier 1)		
Beta-adren	Beta-adrenergic Blocking Agents			
	outolol hcl (200 mg capsule, mg capsule)	\$0 (Tier 1)		
	olol (25 mg tablet, 50 mg et, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)		
	xolol hcl (10 mg tablet, 20 ablet)	\$0 (Tier 1)		
biso _l mg t	prolol fumarate (5 mg tab, 10 ab)	\$0 (Tier 1)		
	edilol (3.125 mg tablet, 6.25 ablet, 12.5 mg tablet, 25 mg et)	\$0 (Tier 1)		

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 137 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascu	ılar Agents		
	labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	metoprolol succ er 200 mg tab	\$0 (Tier 1)	
	metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
	metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
	nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
	pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
	propranolol hcl er (er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 138 LAST UPDATED: 11/2025

	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
ablet, 10)	\$0 (Tier 1)		
ents, Dihydr	opyridines		
5 mg tab,	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
mg tab	\$0 (Tier 1)		
tablet, er	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
let .	\$0 (Tier 1)		
ıle, 20	\$0 (Tier 1)		
tablet, er	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
let .	\$0 (Tier 1)		
ule	\$0 (Tier 1)		
l soln	\$0 (Tier 1)	PA	
ORAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA	
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines			
APSULE,) MG PSULE)	\$0 (Tier 1)		
	ents, Dihydr formg tab, mg tab tablet, er let ule, 20 tablet, er let ule I soln DRAL ents, Nondir APSULE, MG	부담 (계층 수준) ablet, 10 ents, Dihydropyridines 5 mg tab, mg tab \$0 (Tier 1) mg tab \$0 (Tier 1) tablet, er \$0 (Tier 1) tet \$0 (Tier 1) tablet, er \$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 139 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 140 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 141 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 142 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)	\$0 (Tier 1)	
ATTRUBY 356 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
CAMZYOS (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (560 per 30 days)
digoxin 62.5 mcg tablet	\$0 (Tier 1)	
enalapril-hydrochlorothiazide (5- 12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 143 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
ENTRESTO SPRINKLE (6-6MG PELLET, 15-16 MG PLT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days)
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ivabradine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
losartan-hydrochlorothiazide (50- 12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
metyrosine 250 mg capsule	\$0 (Tier 1)	

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 144 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
pentoxifylline er 400 mg tab	\$0 (Tier 1)	
ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
sacubitril-valsartan (24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
spironolactone-hctz 25-25 tab	\$0 (Tier 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 145 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
WEGOVY (0.25 MG/0.5 ML PEN, 0.5 MG/0.5 ML PEN, 1 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (1.7 MG/0.75 ML PEN, 2.4 MG/0.75 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
Diuretics, Loop		
bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vl)	\$0 (Tier 1)	
torsemide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Potassium-sparing		
amiloride hcl 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 146 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
triamterene 100 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
Diuretics, Thiazide		
chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
gemfibrozil 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 147 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhil	bitors	
atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lovastatin 40 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
simvastatin 20 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (45 per 30 days)
simvastatin 40 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, Other		
cholestyramine (packet, powder)	\$0 (Tier 1)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 148 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
cholestyramine light (packet, powder)	\$0 (Tier 1)	
colesevelam 625 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)	\$0 (Tier 1)	
ezetimibe 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 1 gram capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
JUXTAPID (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0-\$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)
niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 149 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
omega-3 ethyl esters 1 gm cap	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PREVALITE (PACKET, POWDER)	\$0 (Tier 1)	
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
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)
Mineralocorticoid Receptor Antagonists		
eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$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
spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 150 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venou	s	
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
isosorbide mononit er 60 mg tb	\$0 (Tier 1)	
isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 120 mg)	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)	\$0 (Tier 1)	
nitroglycerin 0.4% ointment	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days)
nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)	\$0 (Tier 1)	
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	\$0 (Tier 1)	
sildenafil citrate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days), GC, CB (78 / 365 days), EX

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Ager	nts	
RADICAVA ORS (105 MG/5 ML SUSP, STARTER KIT SUSP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (70 per 14 days)
riluzole 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Ag	gents, Amphetamine	S
dextroamp-amphetamin 30 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
dextroamphetamine 5 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
dextroamphetamine er 10 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA, QL (150 per 30 days)
dextroamphetamine er 15 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
dextroamphetamine er 5 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 152 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

기계인 경우를 위해, 접시적은 www.caloptilla.org/orlectate을 경단적답시다.

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 154 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
methylphenidate la (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate sr 20 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Central Nervous System Agents, Other		
AUSTEDO (6 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 155 LAST UPDATED: 11/2025

본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
\$0 (Tier 1)	PA NSO
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
	부담 (계층 수준) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0 (Tier 1) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0 (Tier 1) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0 (Tier 1)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 156 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
SAVELLA TITRATION PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (55 per 28 days), PA NSO
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
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
dalfampridine er 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 157 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
fingolimod 0.5 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)	\$0 (Tier 1)	PA
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
MAVENCLAD (10 MG 10 TABLET PK, 10 MG 4 TABLET PK, 10 MG 5 TABLET PK, 10 MG 6 TABLET PK, 10 MG 7 TABLET PK, 10 MG 8 TABLET PK, 10 MG 9 TABLET PK)	\$0-\$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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 158 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)
teriflunomide (7 mg tablet, 14 mg tablet)	\$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
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dental and Oral Agents		
Dental and Oral Agents		
cevimeline hcl 30 mg capsule	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 159 LAST UPDATED: 11/2025

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
Acne and Rosacea Agents		
ACCUTANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

TAIL 622 TAI, GAME WWW.caloptima.org/onceared Schalars

Formulary ID: 26418, Version: 13 160 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용	필요한 조치, 제한 또는 사용
	부담 (계층 수준)	제한
Dermatological Agents		
azelaic acid 15% gel	\$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
clind ph-benzoyl perox 1.2-5%	\$0 (Tier 1)	
erythromycin-benzoyl gel	\$0 (Tier 1)	
isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
NEUAC GEL	\$0 (Tier 1)	
tazarotene (0.05% cream, 0.1% cream)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream)	\$0 (Tier 1)	PA
ZENATANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Dermatitis and Pruritus Agents		
ALA-CORT 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 161 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)	\$0 (Tier 1)	
ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)	\$0 (Tier 1)	PA
betamethasone diprop augmented (dp 0.05% crm, dp 0.05% gel, dp 0.05% lot, dp 0.05% oin)	\$0 (Tier 1)	
betamethasone dipropionate (dp 0.05% crm, dp 0.05% lot, dp 0.05% oint, dp aug 0.05% crm)	\$0 (Tier 1)	
betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)	\$0 (Tier 1)	
clobetasol emollient 0.05% crm	\$0 (Tier 1)	
clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)	\$0 (Tier 1)	
desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)	\$0 (Tier 1)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 162 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% ointment)	\$0 (Tier 1)	
diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)	\$0 (Tier 1)	
doxepin 5% cream	\$0 (Tier 1)	PA
fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% scalp oil, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)	\$0 (Tier 1)	
fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)	\$0 (Tier 1)	
fluocinonide-e 0.05% cream	\$0 (Tier 1)	
fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream, 0.05% lotion)	\$0 (Tier 1)	
halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 163 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)	\$0 (Tier 1)	
mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint, 0.1% soln)	\$0 (Tier 1)	
pimecrolimus 1% cream	\$0 (Tier 1)	PA
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
selenium sulfide 2.5% lotion	\$0 (Tier 1)	
tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)	\$0 (Tier 1)	PA
triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 164 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
TRIDERM 0.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
Dermatological Agents, Other		
calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)	\$0 (Tier 1)	PA
clotrimazole-betamethasone (crm, lot)	\$0 (Tier 1)	
diclofenac sodium 3% gel	\$0 (Tier 1)	PA
EUCRISA 2% OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
FILSUVEZ 10% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
fluorouracil (0.5% cream, 5% cream)	\$0 (Tier 1)	
fluorouracil (2% soln, 5% soln)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
imiquimod 5% cream packet	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)	\$0 (Tier 1)	
nystatin-triamcinolone (cream, ointm)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 165 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)
podofilox 0.5% topical soln	\$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)	
silver sulfadiazine 1% cream	\$0 (Tier 1)	
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
VTAMA 1% CREAM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZORYVE (0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Pediculicides/Scabicides		
CROTAN 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 166 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
malathion 0.5% lotion	\$0 (Tier 1)	
permethrin 5% cream	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
Topical Anti-infectives		
acyclovir 5% cream	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
acyclovir 5% ointment	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)	\$0 (Tier 1)	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
clindamycin 1% gel	\$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel)	\$0 (Tier 1)	
econazole nitrate 1% cream	\$0 (Tier 1)	
erythromycin (2% gel, 2% solution)	\$0 (Tier 1)	
gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 167 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
mupirocin (2% cream, 2% ointment)	\$0 (Tier 1)	
naftifine hcl (1% cream, 2% cream)	\$0 (Tier 1)	
oxiconazole nitrate 1% cream	\$0 (Tier 1)	
OXISTAT 1% LOTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacements		
carglumic acid 200 mg tab susp	\$0 (Tier 1)	PA
fluoride (0.25 mg tablet chew, 0.5 mg tablet chew, 1 mg tablet chewable)	\$0 (Tier 1)	
ISOLYTE S IV SOLN PH7.4	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 168 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
magnesium sulfate 50% syringe	\$0 (Tier 1)	
multiple electrolytes t1 ph5.5	\$0 (Tier 1)	
multiple electrolytes t1 ph7.4	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
potassium chloride (cl10%(20meq/15ml)cup, cl10%(40meq/30ml)cup, cl20%(40meq/15ml)cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/100 ml sol, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20 meq/100 ml sol, cl 20% (40 meq/15ml), cl 30 meq/15 ml conc, cl 40 meq/100 ml sol, cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 169 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 170 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
sodium chloride 0.9%-water	\$0 (Tier 1)	
sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet	\$0 (Tier 1)	
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers		
CHEMET 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
deferasirox (90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)	\$0 (Tier 1)	PA
deferiprone 1,000 mg tb(3x/dy)	\$0 (Tier 1)	PA
deferiprone 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
DOJOLVI LIQUID	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
tolvaptan (15 mg tablet, 15 mg- 15 mg tablet, 30 mg tablet, 30 mg-15 mg tablet, 45 mg-15 mg tablet, 60 mg-30 mg tablet, 90 mg-30 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 171 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
trientine hcl 250 mg capsule	\$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
dextrose 10%-0.2% nacl iv soln	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 172 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
dextrose 10%-0.45% nacl iv sol	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
dextrose 2.5%-0.45% nacl iv	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.225% nacl iv sol	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.45% nacl iv soln	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln	\$0 (Tier 1)	
dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)	\$0 (Tier 1)	
glucose 5%-0.9% nacl 1000 ml	\$0 (Tier 1)	
glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)	\$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 173 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
kcl 20 meq in d5w-lact ringer	\$0 (Tier 1)	
kcl 20 meq/l in d5w solution	\$0 (Tier 1)	
kcl-d5w-0.2% nacl (10 meq/500 ml-d5w-0.2%nacl, 20 meq/l-d5w- 0.2% nacl)	\$0 (Tier 1)	
kcl-d5w-0.225% nacl (10meq/500ml-d5w-0.225%nacl, 20 meq/l-d5w-0.225% nacl)	\$0 (Tier 1)	
kcl-d5w-0.45% nacl (10 meq/500ml-d5w-0.45%nacl, 10 meq/l-d5w-0.45% nacl, 20 meq/l- d5w-0.45% nacl, 30 meq/l-d5w- 0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)	\$0 (Tier 1)	
kcl-d5w-0.9% nacl (20 meq/l- d5w-0.9%, 40 meq/l-d5w-0.9%)	\$0 (Tier 1)	
levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)	\$0 (Tier 1)	
magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 174 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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
prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet	\$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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 175 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 176 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
Anti-Constipation Agents		
CONSTULOSE 10 GM/15 ML SOLN	\$0 (Tier 1)	
ENULOSE 10 GM/15 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GENERLAC 10 GM/15 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
KRISTALOSE (10 GM PACKET, 20 GM PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
lactulose (10 gm packet, 20 gm packet)	\$0 (Tier 1)	PA
lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)	\$0 (Tier 1)	
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 177 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
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)	
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-diarrheal Agents		
alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5, diphenoxylate-atrop 2.5-0.025)	\$0 (Tier 1)	PA
loperamide 2 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 178 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Gastrointestinal Agents			
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			
dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA	
glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)		
Gastrointestinal Agents, Other			
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)	
lansoprazol-amoxicil-clarithro	\$0 (Tier 1)		

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 179 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
OCALIVA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
peg 3350-electrolyte solution	\$0 (Tier 1)	
peg-3350 and electrolytes soln	\$0 (Tier 1)	
peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9	\$0 (Tier 1)	
SEROSTIM 6 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
sod sul-potass sul-mag sul sol	\$0 (Tier 1)	
ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
VELSIPITY 2 MG TABLET	\$0-\$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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 180 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists		
cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	
nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
Protectants		
misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)	\$0 (Tier 1)	
sucralfate 1 gm tablet	\$0 (Tier 1)	
Proton Pump Inhibitors		
esomeprazole magnesium (dr 20 mg cap, dr 40 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
omeprazole (dr 10 mg capsule, dr 40 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 181 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Gastrointestinal Agents			
omeprazole dr 20 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
pantoprazole sod dr 20 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)	
pantoprazole sod dr 40 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
rabeprazole sod dr 20 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacem	ent, Modifiers, Trea	tment	
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Re	placement, Modifiers	s, Treatment	
AQNEURSA 1 GRAM GRANULE PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)	
ARALAST NP 1,000 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA	
ARALAST NP 500 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)		
betaine 1 gram/scoop powder	\$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	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 182 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacen	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	. –
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
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
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)
l-glutamine 5 gram powder pkt	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
miglustat 100 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 183 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacen	nent, Modifiers, Trea	tment
MIPLYFFA (47 MG CAPSULE, 62 MG CAPSULE, 93 MG CAPSULE, 124 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
ORMALVI 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5 ML SYRINGE, 10 MG/0.5 ML SYRINGE, 20 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$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)

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

TAND 612 TAN, GASTE WWW.caloptima.org/onecarce Session 1.

Formulary ID: 26418, Version: 13 184 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacen	nent, Modifiers, Trea	tment
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)
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)
RAVICTI 1.1 GRAM/ML LIQUID	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
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)
sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)	\$0 (Tier 1)	PA

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 185 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacem	nent, Modifiers, Trea	tment
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)	\$0 (Tier 1)	PA
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 20,880-78,300 UNITS TB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 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
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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 186 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 187 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genitourinary Agents		
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
tolterodine tartrate er (er 2 mg cap, er 4 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
trospium chloride 20 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
trospium chloride er 60 mg cap	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Benign Prostatic Hypertrophy Agents		
alfuzosin hcl er 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
dutasteride 0.5 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
finasteride 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
Genitourinary Agents, Other		
bethanechol chloride (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ELMIRON 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 188 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genitourinary Agents		
LITHOSTAT 250 MG T	ABLET \$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
penicillamine 250 mg ta	ablet \$0 (Tier 1)	
tiopronin (100 mg table mg tablet, dr 300 mg ta	\$() (TIET 1)	PA
VENXXIVA (DR 100 M TABLET, DR 300 MG 1	\$() (Lier 1)	PA
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
Hormonal Agents, Stimulant/R	Replacement/Modifying (Adren	al)
ACTHAR GEL 400 UNI VIAL	T/5 ML \$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT (4 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/		PA
CORTROPHIN (GEL 4 UNIT/0.5 ML, GEL 80 U SYR)	\$0-\$12 65 (Her	PA
CORTROPHIN GEL 40 ML	00 UNIT/5 \$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 189 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Adrenal)	
deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
fludrocortisone 0.1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
JAYTHARI (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)	\$0 (Tier 1)	
prednisolone sodium phos odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 30 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 190 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Adrenal)	
prednisolone sodium phosphate (sod 1% eye drop, 5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)	\$0 (Tier 1)	
prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
CRENESSITY (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 191 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Pituitary)	
desmopressin acetate (0.1 mg tb, 0.2 mg tb)	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA SV 2 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
GENOTROPIN (MINIQUICK 0.2 MG, MINIQUICK 0.4 MG, MINIQUICK 0.4 MG, MINIQUICK 0.8 MG, MINIQUICK 1.8 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
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, 30 MG/3 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 192 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Pituitary)	
NUTROPIN AQ NUSPIN (5, 10, 20)	\$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 (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
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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 193 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Sex Hormones	s/Modifiers)
Androgens		
danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
methyltestosterone 10 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA NSO
testosterone (1% (25mg/2.5g) pk, 1% (50 mg/5 g) pk, 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump, 1.62%(1.25 g) pkt, 12.5 mg/1.25 gram, 25 mg/2.5 gm pkt, 30 mg/1.5 ml pump, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
testosterone 10 mg gel pump	\$0 (Tier 1)	PA NSO
testosterone cypionate (testosteron 2,000 mg/10 ml, testosterone 100 mg/ml, testosterone 200 mg/ml, testosterone 500 mg/2.5 ml, testosterone 500 mg/5 ml, testosterone 1,000 mg/10ml, testosterone 1,000 mg/5 ml, testosterone 2,000 mg/10ml, testosterone 6,000 mg/30ml)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

AMIL OLD HAI, GATTLE WWW.catopatha.org/onecared Stephena.

Formulary ID: 26418, Version: 13 194 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Sex Hormones	s/Modifiers)
testosterone enanthate (testosteron 1,000 mg/5 ml, testosterone 200 mg/ml)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Estrogens		
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	
DOTTI (0.025 MG PATCH, 0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
ESTRACE 0.01% CREAM	\$0 (Tier 1)	
estradiol (0.01% cream, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)	\$0 (Tier 1)	
estradiol (0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estradiol (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 195 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents,	Stimulant/Replacement/Modif	ying (Sex Hormones	/Modifiers)
mg p patch (2/wk	diol (twice weekly) (0.025 atch(2/wk), 0.0375mg n(2/wk), 0.05 mg patch n, 0.075 mg patch(2/wk), ng patch (2/wk))	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estra	diol 0.05 mg patch (1/wk)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
40 m	diol valerate (20 mg/ml vl, g/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 ml, 200 mg/5 ml)	\$0 (Tier 1)	
	RING (2 MG VAGINAL 5, 7.5 MCG/DAY (2MG) 6)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
	RING (0.05 VAG RING, VAG RING)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MAIN STAF MAIN	EXXY (4 MCG ITENANCE PACK, 4 MCG RTER PACK, 10 MCG ITENANCE PAK, 10 MCG RTER PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (18 per 28 days)
0.037 PATO	ANA (0.025 MG PATCH, 75 MG PATCH, 0.05 MG CH, 0.075 MG PATCH, 0.1 PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 196 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Sex Hormones	/Modifiers)
MENOSTAR 14 MCG/DAY PATCH	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PREMARIN (0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, VAGINAL CREAM-APPL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
YUVAFEM (10 MCG INSERT, 10 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Hormonal Agents, Stimulant/Replacemen	t/Modifying (Sex Hor	mones/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)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 197 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (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 TABLET	\$0 (Tier 1)	
CAMRESE LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
CLIMARA PRO PATCH	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 198 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Sex Hormones	s/Modifiers)
COMBIPATCH (0.05-0.14 MG, 0.05-0.25 MG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
CRYSELLE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
desogestr-eth estrad eth estra	\$0 (Tier 1)	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451	\$0 (Tier 1)	
drospirenone-ethinyl estradiol (3- 0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
ELURYNG VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENILLORING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENPRESSE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ENSKYCE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
estradiol-norethindrone acetat (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 199 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
ethynodiol-ethinyl estradiol (1mg-35mcg, 1mg-50mcg)	\$0 (Tier 1)		
etonogestrel-ee vaginal ring	\$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)		
HALOETTE VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)		

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 200 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 201 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modify	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	
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)	
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)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 202 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Sex Hormones	/Modifiers)
levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1- 0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic)	\$0 (Tier 1)	
LEVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
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)	
LUTERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MARLISSA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 203 LAST UPDATED: 11/2025

본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
ying (Sex Hormones	/Modifiers)
\$0 (Tier 1)	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	
\$0 (Tier 1)	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	
\$0 (Tier 1)	
	부담 (계층 수준) Sying (Sex Hormones \$0 (Tier 1) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0 (Tier 1) \$0 (Tier 1)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 204 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Sex Hormones	/Modifiers)
norelgestrom-ee 150-35 mcg/day	\$0 (Tier 1)	
noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75	\$0 (Tier 1)	
norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind- eth 1-0.02 mg)	\$0 (Tier 1)	
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)	\$0 (Tier 1)	
norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)	\$0 (Tier 1)	
NORTREL (0.5-35-28 TABLET, 1-35 21 TABLET, 1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
NUVARING VAGINAL RING	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 205 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Sex Hormones	/Modifiers)
NYLIA (1-35 28 TABLET, 7-7-7- 28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
OCELLA 3 MG-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
PIMTREA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
PORTIA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMPHASE 0.625-5 MG TABLET	\$0-\$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)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 206 LAST UPDATED: 11/2025

본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
\$0-\$12.65 (Tier 2)		
\$0 (Tier 1)		
	부담 (계층 수준) fying (Sex Hormones \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0 (Tier 1) \$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 207 LAST UPDATED: 11/2025

약이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Sex Hormones	s/Modifiers)
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)	
VALTYA 1 MG-50 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VELIVET 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIENVA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
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)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 208 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Sex Hormones	/Modifiers)
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
YASMIN 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
YAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35 TABLET	\$0 (Tier 1)	
Progestins		
CAMILA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
CRINONE (4% GEL, 8% GEL)	\$0-\$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)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 209 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Sex Hormones	/Modifiers)
LYLEQ 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYZA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)	\$0 (Tier 1)	
megestrol 400 mg/10 ml cup	\$0 (Tier 1)	PA
megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
megestrol acetate 40mg/ml oral suspension	\$0 (Tier 1)	PA
MELEYA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NORA-BE TABLET	\$0 (Tier 1)	
norethindrn 5 mg tb (lupaneta)	\$0 (Tier 1)	
norethindrone 0.35 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
norethindrone 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
ORQUIDEA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 210 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modify	ying (Sex Hormones	/Modifiers)
progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
Selective Estrogen Receptor Modifying Ag	gents	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
raloxifene hcl 60 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modify	ying (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)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 211 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (Thyroid)	
levothyroxine sodium (13 mcg capsule, 25 mcg capsule, 25 mcg capsule, 50 mcg tablet, 50 mcg capsule, 75 mcg tablet, 75 mcg capsule, 88 mcg tablet, 100 mcg capsule, 100 mcg tablet, 112 mcg capsule, 112 mcg capsule, 125 mcg capsule, 125 mcg tablet, 137 mcg capsule, 137 mcg tablet, 150 mcg capsule, 150 mcg tablet, 175 mcg tablet, 200 mcg capsule, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)	\$0 (Tier 1)	
LEVOXYL (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 212 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modify	ying (Thyroid)	
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, 75 MCG/ML SOLN, 100 MCG/ML SOLN, 112 MCG/ML SOLN, 125 MCG/ML SOLN, 137 MCG/ML SOLN, 150 MCG/ML SOLN, 175 MCG/ML SOLN, 200 MCG/ML SOLN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 213 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modif	ying (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)	
	본인 약물 비용	필요한 조치, 제한 또는 사용
약 이름	부담 (계층 수준)	제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pitui	tary)	
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal of	or Pituitary)	
cabergoline 0.5 mg tablet	\$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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 214 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pitui	tary)	
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
leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
leuprolide depot 22.5 mg vial	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (DEPOT 3.75 MG KIT, DEPOT-4 MONTH KIT, DEPOT 7.5 MG KIT, DEPOT 11.25 MG 3MO KIT, DEPOT 22.5 MG 3MO KIT, DEPOT 45 MG 6MO KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 215 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pitui	tary)	
LUPRON DEPOT-PED (7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO, 45 MG 6MO KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
mifepristone 300 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)	\$0 (Tier 1)	PA
ORIAHNN 300-1-0.5MG/300MG CAPS	\$0-\$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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 216 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pitui	tary)	
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
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)		
Antithyroid Agents		
methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
propylthiouracil 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
Angioedema Agents		
CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL- DILUENT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 217 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
icatibant 30 mg/3 ml syringe	\$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
Immunoglobulins		
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 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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 218 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 219 LAST UPDATED: 11/2025

본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)	
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)	
Immunological Agents, Other		
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA	
	부담 (계층 수준) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 220 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ARCALYST 220 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
auranofin 3 mg capsule	\$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
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

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 221 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
COSENTYX SYRINGE (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$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
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
LITFULO 50 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 222 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG DOSE - 2 SYRINGES, 300 MG DOSE - 2 SYRINGES)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
OMVOH PEN (100 MG/ML PEN, 200 MG DOSE - 2 PENS, 300 MG DOSE - 2 PENS)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
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, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 223 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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
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)
STELARA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 224 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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
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
ustekinumab (45 mg/0.5 ml vial, 45mg/0.5ml syringe, 90 mg/ml syringe)	\$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)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 225 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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
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)
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 226 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL (0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA BVD
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 227 LAST UPDATED: 11/2025

본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
\$0 (Tier 1)	PA BVD
\$0 (Tier 1)	PA BVD
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
\$0 (Tier 1)	PA BVD
\$0 (Tier 1)	PA BVD
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
	부담 (계층 수준) \$0 (Tier 1) \$0 (Tier 1) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0 (Tier 1) \$0 (Tier 1) \$0 (Tier 1) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0-\$12.65 (Tier 2) \$0-\$12.65 (Tier 2)

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 228 LAST UPDATED: 11/2025

		#I 6 - I - I - II - I I I G
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HUMIRA(CF) (CDV HUMIRA(CF) 10 MG/0.1ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 20 MG/0.2ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 40 MG/0.4ML SYR, HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING, HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING, HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING)	\$0-\$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
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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 229 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA BVD

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 230 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
NEORAL (25 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
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, SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 231 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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)
sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule, 5 mg capsule (ir))	\$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
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)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 232 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ACTHIB VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
AREXVY VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
bcg vaccine (tice strain) vial	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 233 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	\$0-\$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)	
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)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 234 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 235 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 236 LAST UPDATED: 11/2025

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 237 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates and/or Prodrugs		
balsalazide disodium 750 mg cp	\$0 (Tier 1)	
mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)	\$0 (Tier 1)	
mesalamine dr 1.2 gm tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
mesalamine dr 400 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
mesalamine er 500 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
PENTASA 250 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (480 per 30 days)
sulfasalazine 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
sulfasalazine dr 500 mg tab	\$0 (Tier 1)	
Glucocorticoids		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
budesonide 2 mg rectal foam	\$0 (Tier 1)	PA
budesonide dr 3 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
budesonide ec 3 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg/60 ml)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 238 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
Metabolic Bone Disease Agents		
alendronate sod 70 mg/75 ml	\$0 (Tier 1)	
alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
alendronate sodium 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BONSITY 560 MCG/2.24 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)	\$0 (Tier 1)	
calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)	\$0 (Tier 1)	
cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)	\$0 (Tier 1)	
ibandronate sodium 150 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 239 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
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)
risedronate sodium 150 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
risedronate sodium 35 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
teriparatide 560mcg/2.24ml pen	\$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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 240 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bo	one Disease Agents		
	YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2.8 per 28 days)
약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic A	Agents		
Ophth	nalmic Agents, Other		
	atropine 1% eye drop	\$0 (Tier 1)	PA
	atropine 1% eye drops	\$0 (Tier 1)	PA
	cyclosporine 0.05% eye emuls	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
	dorzolamide-timolol eye drops	\$0 (Tier 1)	
	neo-bacit-poly-hc eye ointment	\$0 (Tier 1)	
	NEO-POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
	NEO-POLYCIN HC EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
	neomyc-bacit-polymix eye oint	\$0 (Tier 1)	
	neomyc-polym-gramicid eye drop	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 241 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
neomycin-poly-hc eye drops	\$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)	\$0 (Tier 1)	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
pilocarpine hcl 1.25% eye drop	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
sulf-pred 10-0.23% eye drops	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (7 per 30 days)
tobramycin-dexameth ophth susp	\$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)
Ophthalmic Anti-Infectives		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 242 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
bacitracin 500 unit/gm ophth	\$0 (Tier 1)	
bacitracin-polymyxin eye oint	\$0 (Tier 1)	
BESIVANCE 0.6% SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ciprofloxacin 0.3% eye drop	\$0 (Tier 1)	
erythromycin 0.5% eye ointment	\$0 (Tier 1)	
gatifloxacin 0.5% eye drops	\$0 (Tier 1)	
gentamicin 0.3% eye drop	\$0 (Tier 1)	
moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ofloxacin 0.3% eye drops	\$0 (Tier 1)	
POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
polymyxin b-tmp eye drops	\$0 (Tier 1)	
sulfacetamide sodium (10% drops, 10% ointment)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 243 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Ophthalmic Agents			
tobramycin 0.3% eye drop	\$0 (Tier 1)		
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)		
trifluridine 1% eye drops	\$0 (Tier 1)		
XDEMVY 0.25% DROP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA	
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)		
Ophthalmic Anti-allergy Agents			
azelastine hcl 0.05% drops	\$0 (Tier 1)		
cromolyn 4% eye drops	\$0 (Tier 1)		
Ophthalmic Anti-inflammatories			
bromfenac sodium 0.09% eye drp	\$0 (Tier 1)		
dexamethasone 0.1% eye drop	\$0 (Tier 1)		
diclofenac 0.1% eye drops	\$0 (Tier 1)		
difluprednate 0.05% eye drop	\$0 (Tier 1)		
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 244 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)	\$0 (Tier 1)	
flurbiprofen 0.03% eye drop	\$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)	\$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (10 per 180 days)
loteprednol 0.5% ophthalmc gel	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
loteprednol etabonate (0.2% drp, 0.5% drp)	\$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (6 per 180 days)
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
prednisolone ac 1% eye drop	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 245 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Ag	ents	
betaxolol hcl 0.5% eye drop	\$0 (Tier 1)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
carteolol hcl 1% eye drops	\$0 (Tier 1)	
levobunolol 0.5% eye drops	\$0 (Tier 1)	
timolol maleate (0.25% gel- solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel- solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowerin	g Agents, Other	
acetazolamide er 500 mg cap	\$0 (Tier 1)	
apraclonidine hcl 0.5% drops	\$0 (Tier 1)	
bimatoprost 0.03% eye drops	\$0 (Tier 1)	ST
brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)	\$0 (Tier 1)	
brimonidine-timolol 0.2%-0.5%	\$0 (Tier 1)	

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 246 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름		본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agent	S		
brinz	zolamide 1% eye drops	\$0 (Tier 1)	
dorz	rolamide hcl 2% eye drops	\$0 (Tier 1)	
IOPI	IDINE 1% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
lataı	noprost 0.005% eye drops	\$0 (Tier 1)	
LUM	IIGAN 0.01% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	ST
	hazolamide (25 mg tablet, 50 tablet)	\$0 (Tier 1)	
•	carpine hcl (1% drops, 2% os, 4% drops)	\$0 (Tier 1)	
	OPRESSA 0.02% OPHTH .UTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 30 days)
trave	oprost 0.004% eye drop	\$0 (Tier 1)	ST
약 이름		본인 약물 비용	필요한 조치, 제한 또는 사용
		부담 (계층 수준)	제한
Otic Agents			
Otic Agents	3		
acet	tic acid 2% ear solution	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 247 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Otic Agents			
CIPRO HC OTIC SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)		
ciproflox-dexameth otic susp	\$0 (Tier 1)		
fluocinolone oil 0.01% ear drp	\$0 (Tier 1)		
neomycin-polymyxin-hc ear soln	\$0 (Tier 1)		
neomycin-polymyxin-hc ear susp	\$0 (Tier 1)		
ofloxacin 0.3% ear drops	\$0 (Tier 1)		
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한	
Respiratory Tract/Pulmonary Agents			
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroid	ds		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)	
budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)	\$0 (Tier 1)		
flunisolide 0.025% spray	\$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)	

\$0 (Tier 1)

QL (180 per 30 days)

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

fluticasone prop 100mcg diskus

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 248 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한		
Respiratory Tract/Pulmonary Agents	Respiratory Tract/Pulmonary Agents			
fluticasone prop 250 mcg disk	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)		
fluticasone prop 50 mcg diskus	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)		
fluticasone prop 50 mcg spray	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)		
QVAR REDIHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (21.2 per 30 days)		
Antihistamines				
azelastine 0.1% (137 mcg) spry	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)		
cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrp)	\$0 (Tier 1)	PA		
desloratadine 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)		
levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol	\$0 (Tier 1)			
levocetirizine 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)		
Antileukotrienes				
montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)		
zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)		

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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 249 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ipratropium br 0.02% soln	\$0 (Tier 1)	
ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
tiotropium 18 mcg cap-inhaler	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)	\$0 (Tier 1)	
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 250 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
albuterol sulfate hfa 90 m inhaler (proventil generic)	\$0 (Her 1)	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate hfa 90 m inhaler (ventolin generic)	<i>cg</i> \$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
arformoterol 15 mcg/2 ml	soln \$0 (Tier 1)	PA NSO
epinephrine (0.15 mg auto 0.3 mg auto-inject)	o-injct, \$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
levalbuterol conc 1.25 mg	1/0.5 \$0 (Tier 1)	PA NSO
levalbuterol hcl (0.31 mg/s sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 ml sol)		PA NSO
levalbuterol tar hfa 45mcg	g inh \$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
NEFFY (1 MG/0.1 ML NA SPRAY, 2 MG/0.1 ML NA SPRAY)	\\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS 50 N	MCG \$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT I SPRAY	NHAL \$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
Cystic Fibrosis Agents		
BRONCHITOL 40 MG INI CAP	HALE \$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 251 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary 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)
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)	PA BVD
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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 252 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)	\$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0-\$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)
Mast Cell Stabilizers		
cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)	\$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Dis	sease	
roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
theophylline 80 mg/15ml oral solution	\$0 (Tier 1)	
theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 253 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
OPSUMIT 10 MG TABLET	\$0-\$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

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 254 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
sildenafil 20 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA, QL (120 per 30 days)
TYVASO DPI (16 MCG CARTRIDGE, 16-32-48 MCG TITRAT, 32 MCG CARTRIDGE, 48 MCG CARTRIDGE, 64 MCG CARTRIDGE)	\$0-\$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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 255 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Pulmonary Fibrosis Agents		
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)
pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
acetylcysteine (10% vial, 20% vial)	\$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)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 256 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
BREZTRI AEROSPHERE INHALER	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (10.7 per 30 days)
budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT 20- 100 MCG	\$0-\$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
fluticasone prop hfa 220 mcg	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)
fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
fluticasone-salmeterol hfa (45- 21, 115-21, 230-21)	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 **1-877-412-2734** (TTY **711**)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 257 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml	\$0 (Tier 1)	
NUCALA (100 MG/ML AUTO- INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$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 (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)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 258 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Skeletal Muscle Relaxants		
Skeletal Muscle Relaxants		
carisoprodol 350 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
orphenadrine er 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Sleep Disorder Agents		
Sleep Promoting Agents		
eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
ramelteon 8 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tasimelteon 20 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 259 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Sleep Disorder Agents		
zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Wakefulness Promoting Agents		
armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
sodium oxybate 0.5 g/ml soln	\$0 (Tier 1)	PA
XYWAV 0.5 GM/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 260 LAST UPDATED: 11/2025

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Supplies		
Supplies		
gauze pads & dressings - pads 2 x 2	\$0 (Tier 1)	ST
insulin pen needle	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syringe (disp) u-100 1ml	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad	\$0 (Tier 1)	ST
needles, insulin disp., safety	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

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

Formulary ID: 26418, Version: 13 261 LAST UPDATED: 11/2025

약물의색인	ACTIVELLA197	amantadine92
본 섹션에서는 알파벳순으로 약물	acyclovir112,167	
이름을 검색하여 찾을 수 있습니	acyclovir sodium112	
다. 이것은 약에 대한 추가 보장	ADACEL TDAP233	
정보를 찾을 수 있는 페이지 번호	adefovir dipivoxil110	amiloride hcl146
를 알려줄 것입니다.	ADEMPAS254	
	ADLARITY51	
1	AIMOVIG AUTOINJECTOR64	-
1st Generation/Typical94	AJOVY AUTOINJECTOR64	
	AJOVY SYRINGE64	Prodrugs
2	AKEEGA73	amiodarone hcl135
2nd Generation/Atypical 96	ALA-CORT161	amitriptyline hcl57
	albendazole90	amlodipine besylate139
A	albuterol sulfate250	amlodipine besylate-
abacavir106	albuterol sulfate hfa 90 mcg	benazepril142
abacavir-lamivudine106	inhaler (Proair generic) 250	amlodipine-atorvastatin142
ABIGALE197	albuterol sulfate hfa 90 mcg	amlodipine-olmesartan142
ABIGALE LO197	inhaler (Proventil generic)251	amlodipine-valsartan142
ABILIFY MAINTENA96	albuterol sulfate hfa 90 mcg	amlodipine-valsartan-hctz 142
abiraterone acetate 69	inhaler (Ventolin generic)251	ammonium lactate162
ABIRTEGA69	Alcohol Deterrents/Anti-	AMNESTEEM160
ABRYSVO VIAL232	craving29	amoxapine57
acamprosate calcium 29	ALECENSA73	amoxicillin36
acarbose116	alendronate sodium239	amoxicillin-clavulanate
ACCUTANE160	alfuzosin hcl er188	potass
acebutolol hcl137	aliskiren142	amphotericin b61
acetaminophen-codeine23	Alkylating Agents68	amphotericin b liposome61
acetaminophen-codeine 120-12	allopurinol63	ampicillin sodium37
_	alogliptin116	
	alogliptin-metformin116	
acetazolamide er 246	alosetron hcl	Amyotrophic Lateral Sclerosis
acetic acid247	Alpha-adrenergic Agonists 133	(ALS) Agents152
	Alpha-adrenergic Blocking	_
	Agents	
	alprazolam114	=
ACTEMRA220	ALTAVERA197	Analgesics Combinations23
	ALTRIXA OB	
	ALUNBRIG74	_
	ALYACEN	
	ALYFTREK256	
ACTIMMUNE 226	ALYO 254	

Angioedema Agents217	Anticoagulants125	Antiviral, Coronavirus
Angiotensin II Receptor	ANTICONVULSANTS42	Agents113
Antagonists	Anticonvulsants, Other 42	ANTIVIRALS104
Angiotensin-converting Enzyme	ANTIDEMENTIA AGENTS51	ANUSOL-HC238
(ACE) Inhibitors134	ANTIDEPRESSANTS52	ANXIOLYTICS113
ANNOVERA195	Antidepressants, Other \dots .52	Anxiolytics, Other113
Anthelminthics90	Antidiabetic Agents 116	apraclonidine hcl246
ANTI-	ANTIEMETICS59	
ADDICTION/SUBSTANCE	Antiemetics, Other59	APRI198
ABUSE TREATMENT	$Antiestrogens/Modifiers \dots .70$	APTIVUS108
AGENTS29	ANTIFUNGALS61	AQNEURSA182
	Antifungals61	
Anti-cytomegalovirus (CMV)	ANTIGOUT AGENTS63	ARANELLE198
Agents109	Antigout Agents 63	ARANESP128
	Antiherpetic Agents112	
	Antihistamines249	
	Antileukotrienes	
	Antimetabolites	
Agents110	ANTIMIGRAINE AGENTS64	aripiprazole96
Anti-HIV Agents, Integrase	Antimigraine Agents	aripiprazole odt96
Inhibitors (INSTI)104	ANTIMYASTHENIC	
Anti-HIV Agents, Non-	AGENTS66	ARISTADA INITIO97
nucleoside Reverse	ANTIMYCOBACTERIALS67	armodafinil260
	Antimycobacterials, Other 67	
(NNRTI)105	ANTINEOPLASTICS68	Aromatase Inhibitors, 3rd
Anti-HIV Agents, Nucleoside	Antineoplastics71	Generation
and Nucleotide Reverse	Antineoplastics, Other71	asenapine maleate97
Transcriptase Inhibitors	ANTIPARASITICS90	ASHLYNA198
(NRTI)106	ANTIPARKINSON AGENTS.91	aspirin-dipyridamole er131
	Antiparkinson Agents, Other 92	
G .	Antiprotozoals90	
	ANTIPSYCHOTICS94	
	Antipsychotics	
Corticosteroids	Antispasmodics,	atomoxetine hcl153
_	Gastrointestinal179	
-	Antispasmodics, Urinary 187	
	ANTISPASTICITY	
	AGENTS103	
	Antispasticity Agents	
Antibacterials, Other 31	Antithyroid Agents217	ATROVENT HFA250
Anticholineraics 91	Antituberculars 67	

Attention Deficit Hyperactivity	BALCOLTRA 198	BIMZELX221
Disorder Agents,	balsalazide disodium238	BIMZELX AUTOINJECTOR221
Amphetamines	BALVERSA74	BIPOLAR AGENTS115
Attention Deficit Hyperactivity	BALZIVA198	bisoprolol fumarate137
Disorder Agents, Non-	BAQSIMI121	bisoprolol-
amphetamines153	BARACLUDE110	hydrochlorothiazide143
ATTRUBY143	BAXDELA40	BIVIGAM218
AUBRA198	bcg vaccine (tice strain)233	BLISOVI 24 FE198
AUBRA EQ198	benazepril hcl134	BLISOVI FE198
AUGTYRO71	•	
auranofin	hydrochlorothiazide143	REGULATORS116
AUSTEDO155	Benign Prostatic Hypertrophy	BLOOD PRODUCTS AND
AUSTEDO XR155	Agents188	MODIFIERS125
AUSTEDO XR TITRATION	BENLYSTA221	Blood Products and Modifiers,
KT(WK1-4)155	Benzodiazepines114	Other128
AUVELITY52	benztropine mesylate91	BONSITY239
AVIANE198	BESIVANCE243	BOOSTRIX TDAP233
AVMAPKI-FAKZYNJA71	BESREMI227	bosentan254
	Beta-adrenergic Blocking	
AVONEX (4 PACK)157	Agents137	BRAFTOVI
	Beta-lactam, Cephalosporins 34	
AVONEX PEN (4 PACK)157	Beta-lactam, Penicillins 36	BREYNA256
AVYCAZ34	betaine anhydrous182	BREZTRI AEROSPHERE 257
AYVAKIT74	betamethasone diprop	BRIELLYN198
AZASAN	augmented162	BRILINTA131
AZASITE242	betamethasone	brimonidine tartrate246
azathioprine227	dipropionate	brimonidine tartrate-timolol. 246
azelaic acid161	betamethasone valerate162	brinzolamide247
azelastine hcl244,249	BETASERON 0.3 MG	BRIVIACT42
azithromycin	INJECTION157	bromfenac sodium244
azithromycin 250 mg tablet	betaxolol hcl137,246	bromocriptine mesylate92
(dose pack)39	bethanechol chloride188	BRONCHITOL251
azithromycin 500 mg tablet	BETOPTIC S 246	Bronchodilators,
(dose pack)39	bexarotene89	Anticholinergic
	BEXSERO233	
AZURETTE198	BEYAZ198	Sympathomimetic 250
	bicalutamide69	BRUKINSA75
В	BICILLIN C-R37	budesonide238,248
bacitracin243	BICILLIN L-A37	budesonide dr238
bacitracin-polymyxin243	BIKTARVY104	budesonide ec238
baclofen 103	bimatoprost 246	

budesonide-formoterol	carbidopa-levodopa er93	chlorthalidone147
fumarate257	carbidopa-levodopa-	CHOLBAM182
bumetanide146	entacapone92	cholestyramine148
buprenorphine hcl29	CARDIOVASCULAR	cholestyramine light149
buprenorphine-naloxone29	AGENTS133	Cholinesterase Inhibitors51
bupropion hcl52	Cardiovascular Agents,	<i>ciclopirox</i> 167
bupropion hcl sr30,52	Other141	<i>cilostazol132</i>
bupropion xl52	carglumic acid168	CILOXAN
buspirone hcl113	carisoprodol259	CIMDUO106
butalbital-acetaminophen-	carteolol hcl246	cimetidine181
caffeine 50-325-40 mg tablet 23	CARTIA XT139	CIMZIA (2 PACK)227
	<i>carvedilol</i>	CIMZIA 2X200 MG/ML
C	caspofungin acetate61	SYRINGE KIT227
cabergoline214	CAYSTON252	cinacalcet hcl239
CABLIVI 11 MG VIAL KIT132	<i>cefaclor34</i>	CINRYZE217
CABOMETYX75	cefadroxil34	CIPRO HC248
calcipotriene165	cefazolin sodium34	ciprofloxacin hcl40,243
Calcitonin Gene-Related	<i>cefdinir</i> 34	ciprofloxacin-d5w40
Peptide (CGRP) Receptor	cefepime hcl34	ciprofloxacin-
Antagonists64	<i>cefixime35</i>	dexamethasone248
calcitonin-salmon239	<i>cefotetan35</i>	citalopram hbr54
calcitriol239	<i>cefoxitin35</i>	CLARAVIS161
Calcium Channel Blocking	cefpodoxime proxetil35	clarithromycin39
	cefprozil35	
Calcium Channel Blocking	ceftazidime35	CLIMARA PRO198
Agents,	ceftriaxone35	clindamycin (pediatric)32
Nondihydropyridines139	<i>cefuroxime</i>	clindamycin 1% gel167
Calcium Channel Modifying	cefuroxime sodium35	clindamycin hcl32
Agents45	<i>celecoxib24</i>	clindamycin pediatric 32
CALQUENCE75	CELLCEPT227	clindamycin phos-benzoyl
CAMILA	CENTRAL NERVOUS	perox161
CAMRESE LO198	SYSTEM AGENTS152	
	Central Nervous System	
	Agents, Other155	
CAPLYTA97	cephalexin	CLINIMIX E172
	cevimeline hcl	
	CHEMET171	
-	chlordiazepoxide hcl114	
	chlorhexidine gluconate160	
•	chloroquine phosphate90	
	chlorpromazine hcl 94	

clonazepam46	CRENESSITY 191	demeclocycline hcl41
clonazepam 0.125 mg odt46	CREON182	DENTAL AND ORAL
clonazepam 0.5 mg odt 46	CRESEMBA61	AGENTS159
clonazepam 1 mg odt46	CRINONE	Dental and Oral Agents159
clonidine133	cromolyn sodium244,253	DEPO-ESTRADIOL195
clonidine hcl	CROTAN	DEPO-SUBQ PROVERA
clonidine hcl er153	CRYSELLE199	104209
clopidogrel132	cyclobenzaprine hcl259	Dermatitis and Pruritus
clorazepate dipotassium 46	cyclophosphamide68	Agents161
clotrimazole61	cyclosporine228,241	DERMATOLOGICAL
clotrimazole-	cyclosporine modified	AGENTS160
betamethasone165	cyproheptadine hcl249	Dermatological Agents,
clozapine102	CYRED199	Other165
clozapine odt103	CYRED EQ199	DESCOVY106
COARTEM91	CYSTAGON	desipramine hcl58
COBENFY102	CYSTARAN	desloratadine249
COBENFY STARTER	Cystic Fibrosis Agents251	desmopressin 10 mcg/0.1 ml
PACK102		<i>spr</i> 191
codeine sulfate27	D	desmopressin acetate192
colchicine	dabigatran etexilate125	desogestr-eth estrad eth
	dalfampridine er157	
colestipol hcl149	DALVANCE	desonide
colistimethate32	danazol194	desoximetasone163
COMBIPATCH199	dantrolene sodium103	desvenlafaxine er54
	DANZITEN	
COMETRIQ	dapagliflozin116	dexamethasone190
CONSTULOSE177	dapagliflozin-metformin er 116	dexamethasone sodium
	dapsone	
	DAPTACEL DTAP233	•
CORTROPHIN	daptomycin32	dextroamphetamine sulfate
	darifenacin er187	
UNIT/5 ML189	darunavir108	dextroamphetamine-amphet
COSENTYX (2 SYRINGES)221	dasatinib75,76	er152
	DAURISMO76	
PENS)221	DAYBUE183	<i>amphetamine</i> 152,153
COSENTYX SENSOREADY	DEBLITANE209	dextrose 10%-0.2% nacl172
	deferasirox171	
	deferiprone171	
COSENTYX UNOREADY	deferiprone (3 times a day). 171	dextrose 5%-0.2% nacl173
PEN222	deflazacort190	dextrose 5%-0.225% nacl 173
COTFLLIC 75	DELSTRIGO 105	dextrose 5%-0.45% nacl 173

dextrose 5%-0.9% nacl 173	donepezil hcl51	<i>efavirenz</i> 105
dextrose in water173	donepezil hcl odt51	efavirenz-emtric-tenofov
DIACOMIT42	Dopamine Agonists 92	disop105
diazepam46,114	Dopamine Precursors and/or L-	efavirenz-lamivu-tenofov
<i>diazoxide121</i>	Amino Acid Decarboxylase	disop105
diclofenac epolamine24	Inhibitors93	EGRIFTA SV192
diclofenac potassium24	DOPTELET132	Electrolyte/Mineral
diclofenac sodium24,165,244	dorzolamide hcl247	Replacements168
diclofenac sodium er24	dorzolamide-timolol241	Electrolyte/Mineral/Metal
dicloxacillin sodium37	DOTTI195	Modifiers171
dicyclomine hcl179	DOVATO104	ELECTROLYTES/MINERALS/
DIFICID40	doxazosin mesylate133	METALS/VITAMINS168
diflorasone diacetate163	doxepin hcl58,163	Electrolytes/Minerals/Metals/Vit
difluprednate244	doxercalciferol239	amins172
<i>digoxin</i>	DOXY 10041	ELIGARD214
digoxin 125 mcg tablet 136	doxycycline hyclate 41,160	ELIGARD 22.5 MG
digoxin 250 mcg tablet 136	doxycycline monohydrate42	SYRINGE214
dihydroergotamine mesylate 65	DRIZALMA SPRINKLE54	ELIGARD 30 MG
DILANTIN49	dronabinol60	SYRINGE214
DILANTIN-12549	drospirenone-eth estra-	ELIGARD 45 MG
DILT-XR140	<i>levomef</i> 199	SYRINGE215
diltiazem 12hr er140	drospirenone-ethinyl	ELIGARD 7.5 MG
diltiazem 24hr er140	<i>estradiol</i> 199	SYRINGE215
diltiazem 24hr er (cd) 140	droxidopa133	ELIQUIS126
diltiazem 24hr er (xr)140	DUAVEE211	ELMIRON188
diltiazem hcl140	duloxetine hcl54	eltrombopag olamine129
dimethyl fumarate157	DUPIXENT PEN222	ELURYNG199
diphenoxylate-atropine178	DUPIXENT SYRINGE222	ELYXYB64
dipyridamole132	dutasteride188	Emetogenic Therapy
disopyramide phosphate136	DUVYZAT183	Adjuncts60
disulfiram29	Dyslipidemics, Fibric Acid	EMGALITY 300 MG (100 MG X
Diuretics, Loop146	Derivatives147	3 SYRINGE)65
Diuretics, Potassium-	Dyslipidemics, HMG CoA	EMGALITY PEN65
sparing146	Reductase Inhibitors148	EMGALITY SYRINGE65
Diuretics, Thiazide147	Dyslipidemics, Other148	EMSAM53
DIURIL147	_	emtricitabine106
divalproex sodium43	E	emtricitabine-rilpivirne-tenof105
	ec-naproxen25	emtricitabine-tenofovir
	econazole nitrate 167	
DOJOLVI171	EDURANT105	EMTRIVA106
	EDURANT PED 105	

enalapril-	esomeprazole magnesium181	FEMI YV 200
•	ESTARYLLA199	
•	ESTRACE	
	estradiol	
	estradiol (once weekly).195,196	
	estradiol (twice weekly)196	_
	estradiol valerate	
ENGERIX-B PEDIATRIC-		FETZIMA55
	acetat199	
	ESTRING196	
	Estrogens195	
	eszopiclone259	
ENSKYCE199	ethambutol hcl	FILSPARI144
ENSPRYNG157	ethosuximide45	FILSUVEZ165
entacapone92	ethynodiol-ethinyl estradiol. 200	finasteride188
entecavir110	<i>etodolac25</i>	fingolimod158
ENTRESTO143	etonogestrel-ethinyl	FINTEPLA43
	<i>estradiol</i>	
ENULOSE177	<i>etravirine</i> 105	FIRMAGON
EPCLUSA110,111	EUCRISA165	FLAREX245
EPIDIOLEX 100 MG/ML		
SOLUTION	EUTHYROX211	flecainide acetate
· · · ·	<i>everolimus</i>	
•	EVOTAZ108	
	exemestane	
	EYSUVIS	-
_	ezetimibe	
ERIVEDGE76	_	flunisolide
ERLEADA	F	fluocinolone acetonide 163
	FABHALTA220	
ERMEZA211	FALMINA200	fluocinonide
ERRIN209	famciclovir112	fluocinonide-e163
ertapenem39	famotidine	
ERYTHROCIN	FANAPT98	fluorometholone245
	FARXIGA116	
erythromycin40,167,243	FASENRA	fluoxetine hcl55
erythromycin-benzoyl	FASENRA PEN257	fluphenazine decanoate94
peroxide161	febuxostat64	fluphenazine hcl94
	FEIRZA200	•
escitalopram oxalate55	felbamate	fluticasone
eslicarbazepine acetate 49	felodipine er139	propionate163,248,249

fluticasone propionate hfa. 257	GATTEX 5 MG INJECTION 179	GLUCAGON 1 MG
fluticasone-salmeterol 257	gauze pads & dressings - pads	EMERGENCY KIT121
fluticasone-salmeterol hfa . 257	2 x 2	Glucocorticoids238
fluvoxamine maleate55,56	GAVILYTE-C179	glucose 5%-0.9% nacl173
FML FORTE245	GAVILYTE-G179	glucose in water173
fondaparinux sodium126	GAVILYTE-N179	<i>glyburide</i> 117
fosamprenavir calcium108	GAVRETO77	glyburide-metformin hcl117
fosfomycin tromethamine 32	<i>gefitinib77</i>	Glycemic Agents121
fosinopril sodium135	gemfibrozil147	glycopyrrolate179
fosinopril-	GEMMILY200	GOLYTELY179
hydrochlorothiazide144	GEMTESA187	GOMEKLI
FOTIVDA	GENERLAC 177	granisetron hcl60
FRAGMIN126,127	GENETIC, ENZYME, OR	GRANIX129
FRUZAQLA76	PROTEIN DISORDER:	GRASTEK220
FULPHILA129	REPLACEMENT, MODIFIERS,	griseofulvin62
furosemide146	TREATMENT182	griseofulvin ultramicrosize62
FYAVOLV	Genetic, Enzyme, or Protein	guanfacine hcl133
FYCOMPA43	Disorder: Replacement,	guanfacine hcl er153
FYLNETRA129	Modifiers, Treatment	GVOKE121
	GENGRAF228	GVOKE HYPOPEN 1-
G	GENITOURINARY	PACK121
gabapentin	AGENTS187	GVOKE HYPOPEN 2-
	Genitourinary Agents, Other188	
galantamine er51	GENOTROPIN	GVOKE PFS 1-PACK
galantamine hbr51	gentamicin sulfate31,167,243	SYRINGE 121
galantamine hydrobromide51	gentamicin sulfate in ns31	GVOKE PFS 2-PACK
GALBRIELA200	GENVOYA104	SYRINGE121
GALLIFREY	GILENYA158	
Gamma-Aminobutyric Acid	GILOTRIF	H
(GABA) Modulating Agents 45	GIMO1159	HAEGARDA218
	GLASSIA183	
	glatiramer acetate158	· ·
	GLATOPA158	
	GLEOSTINE68	
	glimepiride116	•
	glipizide116	haloperidol decanoate 10094
GASTROINTESTINAL	<i>glipizide er117</i>	•
	<i>glipizide xl117</i>	
	glipizide-metformin117	
Other179	GLOPERBA64	HEMADY89
gatifloxacin 243		

Hemostasis Agents131	HUMALOG122	hydroxyzine 2 mg/ml oral
heparin sodium127	HUMALOG JUNIOR	solution113
HEPLISAV-B234	KWIKPEN122	hydroxyzine hcl114
HERNEXEOS77	HUMALOG KWIKPEN U-	hydroxyzine pamoate114
HIBERIX VACCINE234	100122	HYFTOR229
Histamine-2 (H2) Receptor		
Antagonists181	KWIKPEN122	
	HUMALOG MIX 75-25123	
STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMALOG MIX 75-25	IBRANCE77
MODIFYING (ADRENAL)189	KWIKPEN122	IBTROZI77
Hormonal Agents,	HUMATROPE192	IBU25
Stimulant/Replacement/Modifyi	HUMIRA228	ibuprofen
ng (Adrenal)189	HUMIRA PEN	icatibant218
HORMONAL AGENTS,	HUMIRA(CF)229	ICLEVIA201
STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMIRA(CF) PEN229	ICLUSIG78
MODIFYING (PITUITARY)191	HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-	icosapent ethyl149
Hormonal Agents,	UC-HS229	
	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	
ng (Pituitary)191	ADOL HS229	imatinib mesylate78
	HUMULIN 70-30123	
STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMULIN 70/30 KWIKPEN 123	-
MODIFYING (SEX	HUMULIN N	imipramine hcl58
HORMONES/MODIFIERS).194	HUMULIN N KWIKPEN123	<i>imiquimod</i> 165
Hormonal Agents,	HUMULIN R123	IMKELDI78
	hydralazine hcl150	
ng (Sex Hormones/Modifiers),		
Other197	$hydrocodone\hbox{-}ace tamin ophen 23$	
HORMONAL AGENTS,	hydrocodone-acetaminophen	
	10-325mg23	
MODIFYING (THYROID)211	hydrocodone-acetaminophen 5-	
Hormonal Agents,	<i>325mg</i>	
	hydrocodone-acetaminophen	
	7.5-325mg	
HORMONAL AGENTS,	hydrocodone-ibuprofen24	VACCINE
•	hydrocortisone163,238	
•	hydrocortisone butyrate164	
3	hydrocortisone valerate 164	
	hydromorphone hcl27	
	hydroxychloroquine sulfate91	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
SUPPRESSANT	hydroxyurea71	
(THYROID) 217		INFANRIX DTAP VACCINE234

INFLAMMATORY BOWEL	IPOL234	JINTELI201
DISEASE AGENTS238	ipratropium bromide 250	JOENJA183
	ipratropium-albuterol258	
INGREZZA INITIATION	IQIRVO179	JOYEAUX201
PK(TARDIV)156	irbesartan134	JULEBER
INGREZZA SPRINKLE156	irbesartan-	JULUCA104
INLYTA78	hydrochlorothiazide144	JUNEL201
	ISENTRESS104	
INREBIC79	ISENTRESS HD104	JUNEL FE 24202
insulin aspart123	ISIBLOOM201	JUXTAPID149
insulin aspart flexpen 123	ISOLYTE P WITH	JYLAMVO230
insulin aspart penfill123	DEXTROSE	JYNNEOS VACCINE234
insulin aspart prot mix 70-	ISOLYTE S 168	
30123	isoniazid67	K
	isopropyl alcohol 0.7ml/ml	
	medicated pad	
insulin glargine solostar123	isosorbide dinitrate151	KALYDECO252
	isosorbide mononit er 60 mg	
insulin lispro124	tb151	kcl-d5w-0.2% nacl174
insulin lispro junior kwikpen 124	isosorbide mononitrate er151	kcl-d5w-0.225% nacl 174
	isotretinoin161	
insulin lispro protamine mix. 124	ISTURISA192	kcl-d5w-0.9% nacl174
insulin pen needle261	ITOVEBI79	KELNOR 1-35202
insulin syringe (disp) u-100 0.3	itraconazole62	KERENDIA150
ml261	ivabradine hcl144	ketoconazole
insulin syringe (disp) u-100 1/2	ivermectin90	ketorolac tromethamine 245
ml	IWILFIN72	KEVZARA222
insulin syringe (disp) u-100	IXIARO VACCINE234	KINERET222
1ml261		KINRIX VACCINE234
Insulins122	J	KIONEX176
INTELENCE105	JAIMIESS201	KISQALI79
INTRALIPID	JAKAFI79	KISQALI FEMARA CO-
INTRAROSA201	jantoven127	PACK72
INTROVALE201	JANUMET118	KLAYESTA62
INVEGA HAFYERA98	JANUMET XR118	KLOR-CON 10169
INVEGA SUSTENNA98	JANUVIA118	KLOR-CON 8169
INVEGA TRINZA99	JARDIANCE118	KLOXXADO30
INVOKAMET117	JASMIEL201	KOSELUGO79,80
INVOKAMET XR118	JAVYGTOR183	KOURZEQ160
	JAYPIRCA79	
IOPIDINE247	JAYTHARI190	KRINTAFEL91

KRISTALOSE1	177	levetiracetam	.44	LONSURF	72
KURVELO2	202	levetiracetam er	.44	loperamide	. 178
KYLEENA2	202	levobunolol hcl	246	lopinavir-ritonavir	. 109
		levocarnitine	174	lorazepam114	1 ,115
L		levocetirizine		LORAZEPAM INTENSOL.	.115
I-glutamine	183	dihydrochloride	249	LORBRENA	80
labetalol hcl	138	levofloxacin	. 40	LORYNA	. 203
lacosamide	.49	levofloxacin-d5w	. 41	losartan potassium	. 134
lactulose	177	LEVONEST	202	losartan-	
lamivudine	107	levonorg-eth estrad eth		hydrochlorothiazide	144
lamivudine 100 mg tablet	110	estrad	202	LOTEMAX	.245
lamivudine-zidovudine	107	levonorgestrel-eth estradiol 2	203	loteprednol etabonate	. 245
lamotrigine	43	LEVORA-282	203	lovastatin	. 148
lamotrigine (blue)	.43	levorphanol tartrate	. 26	LOW-OGESTREL	.203
lamotrigine (green)	.43	levothyroxine sodium	212	loxapine	95
lamotrigine (orange)	.44	LEVOXYL	212	lubiprostone	. 177
lansoprazol-amoxicil-		lidocaine	. 28	LUMAKRAS	81
clarithro	179	lidocaine hcl	.28	LUMIGAN	. 247
lansoprazole	181	lidocaine hcl viscous	. 28	LUPKYNIS	. 230
LANTUS1	124	lidocaine-prilocaine	.28	LUPRON DEPOT	. 215
LANTUS SOLOSTAR1	124	LILETTA	203	LUPRON DEPOT	
lapatinib	.80	linezolid	. 32	(LUPANETA)	.215
LARIN	202	linezolid-d5w	. <i>33</i>	LUPRON DEPOT-PED	.216
LARIN FE	202	LINZESS	177	lurasidone hcl	99
latanoprost	247	liothyronine sodium	212	LUTERA	.203
LAYOLIS FE2	202	lisinopril	135	LYBALVI	99
LAZCLUZE	.80	lisinopril-		LYLEQ	. 210
ledipasvir-sofosbuvir	111	hydrochlorothiazide	144	LYLLANA	.196
leflunomide2	230	LITFULO	222	LYNPARZA	81
lenalidomide	.70	lithium carbonate	115	LYSODREN	72
LENVIMA	80	lithium carbonate er	115	LYTGOBI	81
LESSINA2	202	lithium citrate	115	LYZA	.210
letrozole	.73	LITHOSTAT	189		
leucovorin calcium	90	LIVTENCITY	109	M	
LEUKERAN	.68	LO LOESTRIN FE	203	M-M-R II VACCINE	.234
LEUKINE2	227	Local Anesthetics	. 28	Macrolides	39
leuprolide acetate	215	LOESTRIN	203	magnesium sulfate169	9,174
leuprolide depot					
levalbuterol concentrate 2					
levalbuterol hcl					
levalbuterol tartrate hfa 2					

Mast Cell Stabilizers253	methimazole217	MIPLYFFA184
MATERNACEL175	methocarbamol259	MIRENA204
MATERVIA175	methotrexate230	mirtazapine53
MATULANE	methotrexate sodium 230	misoprostol181
MAVENCLAD158	methoxsalen165	modafinil
MAVYRET111	methsuximide45	MODEYSO81
MAYZENT158	methylphenidate153	moexipril hcl135
meclizine hcl59	methylphenidate er 154	Molecular Target Inhibitors 73
medroxyprogesterone	methylphenidate er (la)154	molindone hcl95
acetate210	methylphenidate hcl 154	mometasone furoate 164
mefloquine hcl91	methylphenidate hcl cd 154	Monoamine Oxidase B (MAO-
megestrol acetate210	methylphenidate hcl er (cd). 154	B) Inhibitors93
megestrol acetate 40mg/ml oral	methylphenidate la155	Monoamine Oxidase
suspension210	methylphenidate sr155	Inhibitors53
	methylprednisolone190	
MEKTOVI81	methyltestosterone194	Mood Stabilizers115
MELEYA210	metoclopramide hcl59	morphine sulfate27
meloxicam25	metolazone147	morphine sulfate er26
memantine hcl51,52	metoprolol succinate138	MOUNJARO119
memantine hcl er52	metoprolol tartrate138	MOVANTIK178
MENACTRA235	metoprolol-	moxifloxacin41,243
MENOSTAR197	hydrochlorothiazide144	moxifloxacin hcl41
MENQUADFI	metronidazole	MRESVIA
MENVEO VACCINE235	metyrosine144	MULTAQ136
meperidine hcl27	mexiletine hcl136	multiple electrolytes t1
meprobamate114	MIBELAS 24 FE204	ph5.5169
mercaptopurine71	micafungin62	multiple electrolytes t1
meropenem39	miconazole 362	ph7.4169
MERZEE204	MICROGESTIN204	Multiple Sclerosis Agents157
mesalamine238	MICROGESTIN FE204	mupirocin168
mesalamine dr238	midodrine hcl133	MYALEPT180
mesalamine er238	mifepristone	mycophenolate mofetil 230
mesna90	MIGERGOT65	mycophenolic acid230
METABOLIC BONE DISEASE	miglustat183	MYFEMBREE216
AGENTS239	MILI204	MYFORTIC230
Metabolic Bone Disease	MIMVEY204	MYHIBBIN
Agents239	Mineralocorticoid Receptor	MYRBETRIQ187
metformin hcl118	Antagonists150	MYTESI178
metformin hcl er118,119	minocycline hcl42	
methadone hcl26	minoxidil151	
methazolamide 247	MINZOYA 204	

	NEULASTA130	norgestimate-ethinyl
N	NEUPOGEN130	estradiol205
N-methyl-D-aspartate (NMDA)	NEUPRO92	NORTREL205
Receptor Antagonist51	NEVANAC245	nortriptyline hcl58
nabumetone25	nevirapine106	NORVIR109
nadolol138	nevirapine er106	NOURIANZ92
nafcillin sodium37	NEXLETOL	NOVOLIN 70-30124
naftifine hcl168	NEXLIZET149	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN 124
naloxone hcl	NEXPLANON210	NOVOLIN N124
naltrexone hcl29	NEXTSTELLIS204	NOVOLIN N FLEXPEN124
naproxen25	niacin er149	NOVOLIN R124
naratriptan 1 mg tablet 65	NICOTROL NS30	NOVOLIN R FLEXPEN125
naratriptan 2.5 mg tablet 65	<i>nifedipine139</i>	NOVOLOG125
NATACYN243	nifedipine er139	NOVOLOG FLEXPEN125
NATAL PNV175	NIKKI204	NOVOLOG MIX 70-30125
NATAZIA	nilutamide69	NOVOLOG MIX 70-30
nateglinide119	<i>nimodipine139</i>	FLEXPEN125
NAYZILAM47	NINLARO82	NOVOLOG PENFILL 125
nebivolol hcl138	nitazoxanide91	NUBEQA69
NECON	NITRO-BID151	NUCALA258
needles, insulin disp., safety261	nitrofurantoin33	NUEDEXTA156
nefazodone hcl56	nitrofurantoin mono-macro33	NUPLAZID99
NEFFY251	nitroglycerin151	NURTEC ODT65
NEO-POLYCIN241	nitroglycerin patch151	NUTRILIPID175
NEO-POLYCIN HC241	NITROSTAT151	NUTROPIN AQ NUSPIN193
NEO-VITAL RX175	NIVESTYM130	NUVARING
NEOMATERNA175	nizatidine181	NYAMYC62
	Nonsteroidal Anti-inflammatory	
neomycin-bacitracin-poly-hc241	Drugs24	NYMALIZE 60 MG/ML ORAL
neomycin-bacitracin-	NORA-BE210	SOLUTION139
polymyxin241	NORDITROPIN FLEXPRO. 192	nystatin62
dexameth242	norethin-eth estra-ferrous	NYSTOP63
neomycin-polymyxin-	fum	NYVEPRIA130
gramicidin241	norethindron-ethinyl	
neomycin-polymyxin-hc242,248	<i>estradiol</i>	O
neomycin-polymyxin-	norethindrone210	OCALIVA180
hydrocort	norethindrone ac (lupaneta) 210	OCELLA206
NEORAL	norethindrone acetate210	OCTAGAM219
NERLYNX82	norethindrone-e.estradiol-	octreotide acetate216
NEUAC 161	<i>iron</i> 205	ODACTRA 220

ODEFSEY107	Opioid Reversal Agents30	
ODOMZO82	OPIPZA100	P
OFEV256	OPSUMIT254	paliperidone er 100
ofloxacin41,243,248	OPSYNVI	PALYNZIQ184
OGSIVEO72	OPVEE30	PANCREAZE184
OJEMDA82	ORENCIA223	PANRETIN89
OJJAARA82	ORENCIA CLICKJECT223	pantoprazole sodium182
olanzapine99	ORENITRAM ER254	PANZYGA219
olanzapine odt100	ORENITRAM MONTH 1	Parasympathomimetics66
olanzapine-fluoxetine hcl53	TITRATION KT254	paricalcitol239
olmesartan medoxomil134	ORENITRAM MONTH 2	paroxetine hcl56
olmesartan-	TITRATION KT254	PAXLOVID113
hydrochlorothiazide145	ORENITRAM MONTH 3	pazopanib hcl82
OLUMIANT223	TITRATION KT255	PEDIARIX235
omega-3 acid ethyl esters 150	ORGOVYX72	Pediculicides/Scabicides166
omeprazole181,182	ORIAHNN216	PEDVAXHIB235
OMNITROPE193	ORKAMBI252	peg 3350-electrolyte180
OMVOH223	ORLADEYO218	peg-3350 and electrolytes180
OMVOH PEN223	ORMALVI184	peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-
ondansetron hcl60	orphenadrine citrate er259	c180
ondansetron odt60	ORQUIDEA210	PEGASYS227
ONGENTYS92	ORSERDU70	PEMAZYRE82
ONUREG71	oseltamivir phosphate111,112	PENBRAYA VACCINE235
OPHTHALMIC AGENTS241	OTEZLA166	penciclovir113
Ophthalmic Agents, Other 241	OTIC AGENTS247	penicillamine189
Ophthalmic Anti-allergy	Otic Agents247	penicillin g potassium38
Agents244	oxacillin38	penicillin g sodium38
Ophthalmic Anti-Infectives 242	oxacillin sodium38	
Ophthalmic Anti-	oxazepam115	<i>dextrose</i>
inflammatories	oxcarbazepine49	penicillin v potassium38
Ophthalmic Beta-Adrenergic	OXERVATE 242	
Blocking Agents	oxiconazole nitrate168	
Ophthalmic Intraocular	OXISTAT168	
3 3	oxybutynin chloride187	•
Other246	oxybutynin chloride er187	PENTASA238
Opioid Analgesics, Long-	oxycodone hcl27	pentoxifylline
acting	oxycodone-acetaminophen . 24	perampanel44
_	oxymorphone hcl er27	
Opioid Dependence29	OZEMPIC119	perphenazine95
		nernhenazine-amitrintyline 53

PERSERIS100	potassium chloride proamp. 170	probenecid64
PERSERIS ER 90 MG	potassium chloride-0.45%	probenecid-colchicine64
	nacl170	
	potassium chloride-0.9%	
phenelzine sulfate54	nacl170	PROCRIT130
	potassium chloride-dextrose	
phenoxybenzamine hcl 133	5%174	PROCTOSOL-HC164
PHENYTEK50	potassium chloride-water170	PROCTOZONE-HC164
phenytoin50	potassium citrate er170	progesterone211
phenytoin sodium extended 50	pramipexole dihydrochloride. 93	Progestins209
Phosphodiesterase Inhibitors,	prasugrel hcl132	PROGRAF231
Airways Disease	pravastatin sodium148	PROLASTIN C184
PIFELTRO106	praziquantel90	PROLIA239
pilocarpine hcl160,242,247	prazosin hcl133	promethazine hcl59
pimecrolimus164	PRED MILD245	PROMETHEGAN60
<i>pimozide95</i>	prednisolone190	propafenone hcl
PIMTREA	prednisolone acetate 245	propafenone hcl er 136
pindolol138	prednisolone sodium phos	propranolol hcl138
pioglitazone hcl119	odt190	propranolol hcl er138
piperacillin-tazobactam38	prednisolone sodium	propylthiouracil217
PIQRAY83	phosphate191	PROQUAD236
pirfenidone256	<i>prednisone</i> 191	PROSOL175
piroxicam25	PREDNISONE INTENSOL. 191	Protectants181
PLASMA-LYTE A169	pregabalin47	Proton Pump Inhibitors181
PLASMA-LYTE A PH 7.4169	pregabalin er156	protriptyline hcl58
Platelet Modifying Agents131	PREMARIN197	PRURADIK167
PLENAMINE184	PREMASOL175	Pulmonary
pmdd fluoxetine 10mg tablet .56	PREMPHASE206	Antihypertensives 254
pmdd fluoxetine 20mg tablet .56	PREMPRO	Pulmonary Fibrosis Agents .256
podofilox166	prenatal vitamin with minerals	PULMOZYME252
POLYCIN243	and folic acid greater than 0.8	pyrazinamide67
polymyxin b sul-	mg oral tablet175	pyridostigmine bromide66
trimethoprim243	PREVALITE 150	pyridostigmine bromide er67
polymyxin b sulfate33	PREVYMIS110	pyrimethamine91
POMALYST70	PREZCOBIX109	PYRUKYND184,185
PONVORY158	PREZISTA109	PYRUKYND 20 MG
PORTIA206	PRIFTIN	TABLET185
posaconazole63	primaquine91	PYRUKYND 5 MG TABLET185
Potassium Binders176	<i>primidone47</i>	PYRUKYND 50 MG
potassium chloride169	PRIORIX	TABLET185
	PRIVIGEN220	

	RESPIRATORY	RUBRACA84
Q	TRACT/PULMONARY	rufinamide50
QBREXZA166	AGENTS248	RUKOBIA107
QINLOCK83	RETACRIT130	RYBELSUS119
QUADRACEL DTAP-IPV236	RETEVMO83	RYDAPT84
quetiapine fumarate100	Retinoids89	
quetiapine fumarate er. 100,101	REVCOVI185	S
	REVUFORJ	
quinidine gluconate137	REXULTI101	SAFYRAL206
quinidine sulfate137	REYATAZ109	SAJAZIR218
quinine sulfate91	REZDIFFRA213	SANDIMMUNE231
Quinolones40	REZLIDHIA83	SANTYL166
QVAR REDIHALER249	REZUROCK220	sapropterin dihydrochloride 185
	RHOPRESSA247	SAVELLA156,157
R	ribavirin111	SCEMBLIX 84
RABAVERT VACCINE236	rifabutin67	scopolamine60
rabeprazole sodium182	rifampin	SECUADO101
RADICAVA ORS152	riluzole152	SELARSDI223
RALDESY56	rimantadine hcl112	Selective Estrogen Receptor
raloxifene hcl	RINVOQ223	Modifying Agents211
ramelteon259	RINVOQ LQ223	selegiline hcl94
ramipril135	risedronate sodium 240	selenium sulfide164
ranolazine er145	risedronate sodium 35 mg tab	SELZENTRY107
RAPAMUNE231	(dose pack of 12)240	SEREVENT DISKUS251
rasagiline mesylate93	risperidone101	SEROSTIM180,193
RAVICTI185	risperidone er101	Serotonin (5-HT) Receptor
RAYALDEE240	risperidone odt101	Agonists65
REBIF159	ritonavir109	sertraline hcl56
REBIF REBIDOSE159	rivaroxaban128	SETLAKIN206
RECLIPSEN206	rivastigmine51	SHAROBEL211
RECOMBIVAX HB236	RIVELSA	SHINGRIX VACCINE 236
RECORLEV216	RIVFLOZA185	SIGNIFOR216
RELENZA112	rizatriptan65	SIKLOS186
RELEUKO130	roflumilast253	sildenafil255
RELISTOR178	ROMVIMZA83	sildenafil citrate151,255
repaglinide119	ropinirole hcl93	SILIQ224
REPATHA SURECLICK150	rosuvastatin calcium148	SILVADENE166
REPATHA SYRINGE150	ROSYRAH206	silver sulfadiazine166
Respiratory Tract Agents,	ROTARIX236	SIMLANDI(CF)231
Other256	ROTATEQ236	SIMLANDI(CF)
	ROZLYTREK 84	AUTOINJECTOR 231

SIMPONI231,232	SOTALOL AF137	sunitinib malate85
simvastatin148	SOTYKTU224	SUNLENCA108
<i>sirolimus</i>	SOVALDI111	SUPPLIES261
SIRTURO68	SPIRIVA RESPIMAT 250	Supplies261
SIVEXTRO33	spironolactone150	SUTAB178
SKELETAL MUSCLE	spironolactone-hctz145	SYEDA207
RELAXANTS259	SPRINTEC	SYMDEKO252
Skeletal Muscle Relaxants259	SPRITAM44	SYMLINPEN 120119
SKYCLARYS156	SPS176	SYMLINPEN 60119
SKYLA207	SRONYX207	SYMPAZAN47
SKYRIZI224	SSD166	SYMTUZA109
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-	SSRIs/SNRIs (Selective	SYNAREL217
BODY224	Serotonin Reuptake	SYNJARDY120
SKYRIZI ON-BODY224	Inhibitor/Serotonin and	SYNJARDY XR120
SKYRIZI PEN224	Norepinephrine Reuptake	SYNTHROID213
SKYTROFA193	Inhibitor)54	_
SLEEP DISORDER	STELARA	T
AGENTS259	STEQEYMA224	TABLOID71
Sleep Promoting Agents259	STIMUFEND131	TABRECTA73
Smoking Cessation Agents 30	STIOLTO RESPIMAT258	tacrolimus164,232
sod sulf-potass sulf-mag	STIVARGA84	tadalafil188
<i>sulf180</i>	streptomycin sulfate31	tadalafil 20mg tablet (adcirca
Sodium Channel Agents48	STRIBILD104	generic)
sodium chloride170	STRIVERDI RESPIMAT251	TADLIQ255
sodium chloride-water 171	SUBVENITE44	TAFINLAR85
sodium fluoride 2.2 mg (fluoride	SUBVENITE (BLUE)44	TAGRISSO85
ion 1 mg) oral tablet	SUBVENITE (GREEN)45	TAKHZYRO218
	SUBVENITE (ORANGE)45	
sodium phenylbutyrate186	sucralfate181	AUTOINJECTOR224
sodium polystyrene	sulfacetamide sodium41,243	TALTZ 80 MG/ML
<i>sulfonate176</i>	sulfacetamide-prednisolone 242	SYRINGE
sodium sulfacetamide41	sulfadiazine41	TALTZ SYRINGE225
sofosbuvir-velpatasvir111	sulfamethoxazole-	TALZENNA85
SOGROYA193	trimethoprim41	tamoxifen citrate71
SOHONOS240	SULFAMYLON168	tamsulosin hcl188
solifenacin succinate187	sulfasalazine238	TARINA 24 FE 207
SOLOSEC	sulfasalazine dr238	TARINA FE207
SOLTAMOX70	Sulfonamides 41	TARINA FE 1-20 EQ207
SOMAVERT216	<i>sulindac26</i>	TARPEYO220
sorafenib84	sumatriptan66	TASCENSO ODT159
	sumatrintan succinate 66	

tasimelleon 259 TIGLUTIK 50 MG/10 ML TREMFYA 100 MG/ML TAVALISSE 132 SUSP 152 PEN 225 TAVNEOS 220 TILIA FE 207 TREMFYA PEN 225 tazarotene 161 timolol maleate 139,246 TREMFYA PEN INDUCTION TAZICEF 36 tinidazole 33 (2 PEN) 225 TAZVERIK 85 tiopronin 189 tretinoin 89,161 TEFLARO 36 tiotropium bromide 250 TRI-ESTARYLLA 207 telmisartan 134 TIROSINT-SOL 213 TRI-LEGEST FE 207 temazepam 259 TIVICAY 105 TRI-LO-SPRINTEC 207 temazepam 259 TIVICAY PD 105 TRI-LO-SPRINTEC 207 temofovir disoproxil tizanidine hcl 103 TRI-MILL 207 fumarate 110 TOBI PODHALER 252 TRI-SPRINTEC 207 terzosoin hcl 133 tobramycin 244,253 TRI-VYLIBRA 207 terzazosin hcl 63 tobramycin-dexamethasone 242 acetonide 160,164 terifiunomide 159 TOBREX 244 triamterene 145 testosterone of 10 mg gel	tasimelteon 250	TIGI LITIK 50 MG/10 MI	TREMEYA 100 MG/MI
TAVNEOS 220 TILIA FE 207 TREMFYA PEN 225 tazarotene 161 timiolar maleate 139,246 TREMFYA PEN INDUCTION TAZICEF 36 timidazole 33 (2 PEN) 225 TAZVERIK 85 tiopronin 189 tretinoin 89,161 TEFLARO 36 tiotropium bromide 250 TRI-ESTARYLLA 207 telmisartan 134 TIROSINT-SOL 213 TRI-LO-ESTARYLLA 207 temazepam 259 TIVICAY 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 TENIVAC 236 TIVICAY 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 temazepam 259 TIVICAY 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 temazepam 259 TIVICAY 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 temazepam 259 TIVICAY 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 temazepam 250 TORDALE 252 TRI-MILL 207 temazepam			
tazarotene 161 timolol maleate 139,246 TREMEYA PEN INDUCTION TAZICEF 36 tiniclazole 33 (2 PEN) 225 TAZVERIK 85 tiopronin 189 tretinoin 89,161 TEFLARO 36 tiotropium bromide 250 TRI-ESTARYLLA 207 telmisartan 134 TIROSINT-SOL 213 TRI-LO-ESTARYLLA 207 temazepam 259 TIVICAY 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 tenofovir disoproxil tizanidine hcl 103 TRI-MILL 207 tenofovir disoproxil tizanidine hcl 103 TRI-MILL 207 fumarate 110 TOBI PODHALER 252 TRI-SPRINTEC 207 tramate 110 TOBI PODHALER 252 TRI-VYLIBRA 207 teraczosin hcl 133 tobramycin-dexamethase 242 TRI-VYLIBRA 207 terazosin hcl 133 tobramycin-dexamethase 242 TRI-VYLIBRA 208 terionazole			
TAZICEF 36 tinidazole 33 (2 PEN) 225 TAZVERIK 85 tiopronin 188 tretinoin 89,161 TEFLARO 36 tiotropium bromide 250 TRI-ESTARYLLA 207 telmisartan 134 TIROSINT-SOL 213 TRI-LEGEST FE 207 temazepam 259 TIVICAY 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 TENIVAC 236 TIVICAY PD 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 tenofovir disoproxil tizanidine hcl 103 TRI-MILL 207 fumarate 110 TOBI PODHALER 252 TRI-SPRINTEC 207 TEPMETKO 73 TOBRADEX 242 TRI-VYLIBRA 207 terzazosin hcl 133 tobramycin 244,253 TRI-VYLIBRA LO 208 terbinafine hcl 63 tobramycin sulfate 31 triamcinolone 207 terzozosin hcl 133 tobramycin-dexamethasone 242 acetonide 160,164 teriflunomide 159 TOBREX 244 triamterene 147 terjaratide 240 tolcapone 92 triamterene 142 testosterone cypionale 194 tolterodine tartrate 188 triazolam			
TAZVERIK 85 tiopronin 189 tretinoin 89,161 TEFLARO 36 tiotropium bromide 250 TRI-ESTARYLLA 207 telmisartan 134 TIROSINT-SOL 213 TRI-LEGEST FE 207 temazepam 259 TIVICAY 105 TRI-LO-SPRINTEC 207 TENIVAC 236 TIVICAY PD 105 TRI-LO-SPRINTEC 207 tenofovir disoproxil tizanidine hcl 103 TRI-MILL 207 fumarate 110 TOBI PODHALER 252 TRI-SPRINTEC 207 terzosoin hcl 133 tobramycin 244,253 TRI-VYLIBRA 207 terazosin hcl 133 tobramycin-dexamethasone 242 acetonide 160,164 teribinafine hcl 63 tobramycin-dexamethasone 242 acetonide 160,164 teridinomide 159 TOBREX 244 triamterene testosterone 194 tolterodine tartrate 188 hydrochlorothiazid 145 testoster		•	
TEFLARO 36 tiotropium bromide 250 TRI-ESTARYLLA 207 telmisartan 134 TIROSINT-SOL 213 TRI-LGEST FE 207 temazepam 259 TIVICAY 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 temazepam 259 TIVICAY PD 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 tenofovir disoproxil 107 TRI-MILI 207 tenofovir disoproxil 108 TRI-MILI 207 tenofovir disoproxil 109 TRI-MILI 207 tenofovir disoproxil 109 TRI-MILI 207 tenofovir disoproxil 207 tenofovir disoproxil			
telmisartan 134 TIROSINT-SOL 213 TRI-LEGEST FE 207 temazepam 259 TIVICAY 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 TENIVAC 226 TIVICAY PD 105 TRI-LO-SPRINTEC 207 tenofovir disoproxil tizanidine hcl 103 TRI-MILI 207 tenare 208 tenare 207 tenare 208 tenare 207 tenare 208 tenare 207 tenare 208 tenare 207 tenare 208 tenare 209 tenare 209 tenare 209 tenare 209 tenare 209 tenare 200 tenare 2			
temazepam 259 TIVICAY 105 TRI-LO-ESTARYLLA 207 TENIVAC 236 TIVICAY PD 105 TRI-LO-SPRINTEC 207 tenofovir disoproxil tizanidine hcl 103 TRI-MILL 207 fumarate 110 TOBI PODHALER 252 TRI-SPRINTEC 207 TEPMETKO 73 TOBRADEX 242 TRI-VYLIBRA 207 terazosin hcl 133 tobramycin 244,253 TRI-VYLIBRA LO 208 terbinafine hcl 63 tobramycin sulfate 31 triamcinolone terconazole 63 tobramycin sulfate 31<			
TENIVAC 236 TIVICAY PD 105 TRI-LO-SPRINTEC 207 tenofovir disoproxil tizanidine hcl 103 TRI-MILI 207 fumarate 110 TOBI PODHALER 252 TRI-SPRINTEC 207 TEPMETKO 73 TOBRADEX 242 TRI-YVLIBRA 207 terazosin hcl 133 tobramycin 244-253 TRI-YVLIBRA 208 terbinafine hcl 63 tobramycin 244-253 TRI-YVLIBRA 207 terazosin hcl 133 tobramycin 244-253 TRI-YVLIBRA 208 terbinafine hcl 63 tobramycin 244-253 TRI-YVLIBRA 20 208 terbinafine hcl 63 tobramycin 244-253 TRI-YVLIBRA 20 208 terripinafine hcl 63 tobramycin 244-253 TRI-YVLIBRA 20 208 terripinafine hcl 199 TOBREX 244 triamtencolone 145 teriamtencel 146 triamtencel 147 tr			
tenofovir disoproxil tizanidine hcl. 103 TRI-MILI. 207 fumarate. 110 TOBI PODHALER 252 TRI-SPRINTEC 207 TEPMETKO. 73 TOBRADEX 242 TRI-VYLIBRA 207 terazosin hcl. 133 tobramycin. 244,253 TRI-VYLIBRA LO. 208 terbinafine hcl. 63 tobramycin sulfate. 31 triamcinolone terconazole. 63 tobramycin-dexamethasone 242 acetonide. 160,164 teriflunomide. 159 TOBREX. 244 triamterene. 147 testosterone. 194 tolcapone. 92 triamterene. 145 testosterone 10 mg gel tolterodine tartrate. 188 hydrochlorothiazid. 145 pump 194 tolvaptan. 171 Tricyclics. 57 testosterone cypionate. 194 Topical Anti-infectives. 167 TRIDACAINE. 28 testosterone enanthate. 195 topiramate. 45 TRIDACAINE. 28 tetracycline hcl. 42 TORPENZ. 86 trientine hcl. 172 Tetracyclines. 41 torsemide. 146 trifluoperazine hcl. 96 THALOMID. 70 TPN ELECTROLYTES.			
fumarate. 110 TOBI PODHALER 252 TRI-SPRINTEC 207 TEPMETKO 73 TOBRADEX 242 TRI-VYLIBRA 207 terzozosin hcl 133 tobramycin 244,253 TRI-VYLIBRA LO 208 terbinafine hcl 63 tobramycin-dexamethasone 242 acetonide 160,164 teriflunomide 159 TOBREX 244 triamcinolone teriparatide 240 tolcapone 92 triamterene 147 testosterone 194 tolterodine tartrate 188 hydrochlorothiazid 145 testosterone 10 mg gel pump 194 tolterodine tartrate er 188 triazolam 259 pump 194 toltevaptan 171 Tricyclics 57 testosterone enanthate 195 topiramate 185 triazolam 228 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 triazolam 45 TRIDACAINE <td< td=""><td></td><td></td><td></td></td<>			
TEPMETKO 73 TOBRADEX 242 TRI-VYLIBRA 207 terazosin hcl 133 tobramycin 244,253 TRI-VYLIBRA LO 208 terbinafine hcl 63 tobramycin sulfate 31 triamcinolone terconazole 63 tobramycin-dexamethasone 242 acetonide 160,164 teriflunomide 159 TOBREX 244 triamterene teriflunomide 159 TOBREX 244 triamterene testosterone 194 tolterodine tartrate 188 hydrochlorothiazid 145 testosterone 10 mg gel tolterodine tartrate 188 triazolam 259 pump 194 tolvaptan 171 Tricyclics 57 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE 28 tetrabenazine 156 toremifene citrate 71 TRIDACAINE 18 tetracycline hcl 42 TORPENZ 86 trientline hcl 172 Tetracyclines 41 <td></td> <td></td> <td></td>			
terazosin hcl 133 tobramycin 244,253 TRI-VYLIBRA LO 208 terbinafine hcl 63 tobramycin sulfate 31 triamcinolone terconazole 63 tobramycin-dexamethasone 242 acetonide 160,164 teriflunomide 159 TOBREX 244 triamterene 147 teriparatide 240 tolcapone 92 triamterene- 147 testosterone 194 tolterodine tartrate 188 hydrochlorothiazid 145 testosterone 10 mg gel tolterodine tartrate er 188 triazolam 259 pump 194 tolvaptan 171 Tricyclics 57 testosterone enanthate 195 topical Anti-infectives 167 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE 18 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE			
terbinafine hcl .63 tobramycin sulfate .31 triamcinolone terconazole .63 tobramycin-dexamethasone 242 acetonide .160,164 teriflunomide .159 TOBREX .244 triamterene .147 teriparatide .240 tolcapone .92 triamterene- testosterone .194 tolterodine tartrate .188 hydrochlorothiazid .145 testosterone 10 mg gel tolterodine tartrate er .188 hydrochlorothiazid .145 pump .194 tolterodine tartrate er .188 hydrochlorothiazid .145 testosterone en 10 mg gel tolterodine tartrate er .188 triazolam .259 pump .194 tolvaptan .171 Tricyclics .57 testosterone enanthate .195 topical Anti-infectives .167 TRIDACAINE .28 testosterone enanthate .195 topicamate .45 TRIDACAINE .28 testosterone .28 tribacalam .166 tricstosterone .2			
terconazole 63 tobramycin-dexamethasone 242 acetonide 160,164 teriflunomide 159 TOBREX 244 triamterene 147 teriparatide 240 tolcapone 92 triamterene-testosterone 194 tolterodine tartrate 188 hydrochlorothiazid 145 testosterone 10 mg gel 4 tolterodine tartrate 188 hydrochlorothiazid 145 testosterone 10 mg gel 4 tolterodine tartrate er 188 triazolam 259 pump 194 tolvaptan 171 Tricyclics 57 testosterone cypionate 194 Topical Anti-infectives 167 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE 11 28 tetrabenazine 156 toremifene citrate 71 TRIDERM 165 tetracycline hcl 42 TORPENZ 86 trientine hcl 172 Tetracyclines 41 torsemide 146 trifluoperazine hcl 96 THALOMID 70 TPN ELECTROLYTES 175 trifluridine 244 theophylline 80 mg/15ml oral 178 TRACLEER 255 trihexyphenidyl hcl 92 solution 253 tramadol hcl 28 TRIKAFTA 253 theophylline anhydrous 253 trandolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 trandolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 transexamic acid 131 trimethoprim 33 thioridazine hcl 95 tranylcypromine sulfate 54 trimipramine maleate 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride er 188 tigecycline 33 TRELSTAR 217 TRULANCE 178			
teriflunomide 159 TOBREX 244 triamterene 147 teriparatide 240 tolcapone 92 triamterene- testosterone 194 tolterodine tartrate 188 hydrochlorothiazid 145 testosterone 10 mg gel tolterodine tartrate er 188 triazolam 259 pump 194 tolvaptan 171 Tricyclics 57 testosterone cypionate 194 Topical Anti-infectives 167 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE II 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE II 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE 105 testosterone enanthate			
teriparatide 240 tolcapone 92 triamterene- testosterone 194 tolterodine tartrate 188 hydrochlorothiazid 145 testosterone 10 mg gel tolterodine tartrate er 188 triazolam 259 pump 194 tolvaptan 171 Tricyclics 57 testosterone cypionate 194 Topical Anti-infectives 167 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE II 28 tetrabenazine 156 toremifene citrate 71 TRIDERM 165 tetracycline hcl 42 TORPENZ 86 trientine hcl 172 Tetracyclines 41 torsemide 146 trifluoperazine hcl 96 THALOMID 70 TPN ELECTROLYTES 175 trifluridine 244 theophylline 80 mg/15ml oral TRACLEER 255 trihexyphenidyl hcl 92 solution 253 tramadol hcl 28 TRIKAFTA 253 theophylline anhydrous 253 trandolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 tranexamic acid 131 trimethoprim 33 thioridazine hcl 95 tranylcypromine sulfate 54 trimipramine maleate 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 TIADYLT ER 141 trazodone hcl 56 TRIUMEQ PD 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride 188 tigecycline 33 TRELSTAR 217 TRULANCE 178			
testosterone 194 tolterodine tartrate 188 hydrochlorothiazid 145 testosterone 10 mg gel tolterodine tartrate er 188 triazolam 259 pump 194 tolvaptan 171 Tricyclics 57 testosterone cypionate 194 Topical Anti-infectives 167 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE II 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE II 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE II 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE 128 testosterone enanthate 195 topiramate 45 triBIDACAINE 128 testosterone enanthate 150 topiramate <td></td> <td></td> <td></td>			
testosterone 10 mg gel tolterodine tartrate er. 188 triazolam. 259 pump. 194 tolvaptan. 171 Tricyclics. 57 testosterone cypionate 194 Topical Anti-infectives 167 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE II 28 tetrabenazine 156 toremifene citrate 71 TRIDERM 165 tetracycline hcl 42 TORPENZ 86 trientine hcl 172 Tetracyclines 41 torsemide 146 trifluoperazine hcl 96 THALOMID 70 TPN ELECTROLYTES 175 trifluridine 244 theophylline 80 mg/15ml oral TRACLEER 255 trihexyphenidyl hcl 92 solution 253 tramadol hcl 28 TRIKAFTA 253 theophylline anhydrous 253 tranexamic acid 131 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 tranexamic acid 131 trimethoprim 33 thioridazine hcl 95 tranylcypromine sulfate 54 trimipramine maleate 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY			
pump 194 tolvaptan 171 Tricyclics 57 testosterone cypionate 194 Topical Anti-infectives 167 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE II 28 tetrabenazine 156 toremifene citrate 71 TRIDERM 165 tetracycline hcl 42 TORPENZ 86 trientine hcl 172 Tetracyclines 41 torsemide 146 trifluoperazine hcl 96 THALOMID 70 TPN ELECTROLYTES 175 trifluridine 244 theophylline 80 mg/15ml oral TRACLEER 255 trihexyphenidyl hcl 92 solution 253 tramadol hcl 28 TRIKAFTA 253 theophylline anhydrous 253 trandolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline anhydrous 253 trandolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 trandolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 trandolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY <			
testosterone cypionate 194 Topical Anti-infectives 167 TRIDACAINE 28 testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE II 28 tetrabenazine 156 toremifene citrate 71 TRIDERM 165 tetracycline hcl 42 TORPENZ 86 trientine hcl 172 Tetracyclines 41 torsemide 146 trifluoperazine hcl 96 THALOMID 70 TPN ELECTROLYTES 175 trifluridine 244 theophylline 80 mg/15ml oral TRACLEER 255 trifluridine 244 theophylline anhydrous 253 tramdolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline anhydrous 253 trandolapril 135 trimethoben			
testosterone enanthate 195 topiramate 45 TRIDACAINE II 28 tetrabenazine 156 toremifene citrate 71 TRIDERM 165 tetracycline hcl 42 TORPENZ 86 trientine hcl 172 Tetracyclines 41 torsemide 146 trifluoperazine hcl 96 THALOMID 70 TPN ELECTROLYTES 175 trifluridine 244 theophylline 80 mg/15ml oral TRACLEER 255 trihexyphenidyl hcl 92 solution 253 tramadol hcl 28 TRIKAFTA 253 theophylline anhydrous 253 tranexamic acid 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 tranexamic acid 131 trimethoprim 33 thioridazine hcl 95 tranylcypromine sulfate 54 trimipramine maleate 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR		-	
tetrabenazine 156 toremifene citrate 71 TRIDERM 165 tetracycline hcl 42 TORPENZ 86 trientine hcl 172 Tetracyclines 41 torsemide 146 trifluoperazine hcl 96 THALOMID 70 TPN ELECTROLYTES 175 trifluridine 244 theophylline 80 mg/15ml oral TRACLEER 255 trihexyphenidyl hcl 92 solution 253 tramadol hcl 28 TRIKAFTA 253 theophylline anhydrous 253 tranexamic acid 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 tranexamic acid 131 trimethoprim 33 thioridazine hcl 95 tranylcypromine sulfate 54 trimipramine maleate 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride er 188 TICOVAC 236 TRELEGY ELLIPTA			
tetracycline hcl. 42 TORPENZ 86 trientine hcl. 172 Tetracyclines 41 torsemide 146 trifluoperazine hcl. 96 THALOMID 70 TPN ELECTROLYTES 175 trifluridine 244 theophylline 80 mg/15ml oral TRACLEER 255 trihexyphenidyl hcl. 92 solution 253 tramadol hcl. 28 TRIKAFTA 253 theophylline anhydrous 253 tranexamic acid. 135 trimethobenzamide hcl. 60 theophylline er 253 tranexamic acid. 131 trimethoprim. 33 thioridazine hcl. 95 tranylcypromine sulfate. 54 trimipramine maleate. 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost. 247 TRIUMEQ 107 TIADYLT ER 141 trazodone hcl. 56 TRIUMEQ PD 107 tiagabine hcl. 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride 188 TICOVAC 236 TRELEGY ELLIPTA		-	
Tetracyclines 41 torsemide 146 trifluoperazine hcl 96 THALOMID 70 TPN ELECTROLYTES 175 trifluridine 244 theophylline 80 mg/15ml oral TRACLEER 255 trihexyphenidyl hcl 92 solution 253 tramadol hcl 28 TRIKAFTA 253 theophylline anhydrous 253 trandolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 tranexamic acid 131 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 tranexamic acid 131 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 tranylcypromine sulfate 54 trimipramine maleate 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 </td <td></td> <td></td> <td></td>			
THALOMID 70 TPN ELECTROLYTES 175 trifluridine 244 theophylline 80 mg/15ml oral TRACLEER 255 trihexyphenidyl hcl 92 solution 253 tramadol hcl 28 TRIKAFTA 253 theophylline anhydrous 253 trandolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 tranexamic acid 131 trimethoprim 33 thioridazine hcl 95 tranylcypromine sulfate 54 trimipramine maleate 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 TIADYLT ER 141 trazodone hcl 56 TRIUMEQ PD 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride er <td></td> <td></td> <td></td>			
theophylline 80 mg/15ml oral TRACLEER 255 trihexyphenidyl hcl 92 solution 253 tramadol hcl 28 TRIKAFTA 253 theophylline anhydrous 253 trandolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 tranexamic acid 131 trimethoprim 33 thioridazine hcl 95 tranylcypromine sulfate 54 trimipramine maleate 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 TIADYLT ER 141 trazodone hcl 56 TRIUMEQ PD 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride 188 TICOVAC 236 TRELEGY ELLIPTA 258 trospium chloride er 188 tigecycline 33 TRELSTAR 217 <td>-</td> <td></td> <td></td>	-		
solution 253 tramadol hcl 28 TRIKAFTA 253 theophylline anhydrous 253 trandolapril 135 trimethobenzamide hcl 60 theophylline er 253 tranexamic acid 131 trimethoprim 33 thioridazine hcl 95 tranylcypromine sulfate 54 trimipramine maleate 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 TIADYLT ER 141 trazodone hcl 56 TRIUMEQ PD 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride 188 TICOVAC 236 TRELEGY ELLIPTA 258 trospium chloride er 188 tigecycline 33 TRELSTAR 217 TRULANCE 178			
theophylline anhydrous253 trandolapril135 trimethobenzamide hcl60theophylline er253 tranexamic acid131 trimethoprim33thioridazine hcl95 tranylcypromine sulfate54 trimipramine maleate58,59thiothixene95 TRAVASOL175 TRINTELLIX57THYQUIDITY213 travoprost247 TRIUMEQ107TIADYLT ER141 trazodone hcl56 TRIUMEQ PD107tiagabine hcl48 Treatment Adjuncts89 TRIVORA-28208TIBSOVO86 Treatment-Resistant102 TROPHAMINE176ticagrelor132 TRECATOR68 trospium chloride188TICOVAC236 TRELEGY ELLIPTA258 trospium chloride er188tigecycline33 TRELSTAR217 TRULANCE178			
theophylline er 253 tranexamic acid 131 trimethoprim 33 thioridazine hcl 95 tranylcypromine sulfate 54 trimipramine maleate 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 TIADYLT ER 141 trazodone hcl 56 TRIUMEQ PD 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride 188 TICOVAC 236 TRELEGY ELLIPTA 258 trospium chloride er 188 tigecycline 33 TRELSTAR 217 TRULANCE 178			
thioridazine hcl 95 tranylcypromine sulfate 54 trimipramine maleate 58,59 thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 TIADYLT ER 141 trazodone hcl 56 TRIUMEQ PD 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride 188 TICOVAC 236 TRELEGY ELLIPTA 258 trospium chloride er 188 tigecycline 33 TRELSTAR 217 TRULANCE 178			
thiothixene 95 TRAVASOL 175 TRINTELLIX 57 THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 TIADYLT ER 141 trazodone hcl 56 TRIUMEQ PD 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride 188 TICOVAC 236 TRELEGY ELLIPTA 258 trospium chloride er 188 tigecycline 33 TRELSTAR 217 TRULANCE 178			•
THYQUIDITY 213 travoprost 247 TRIUMEQ 107 TIADYLT ER 141 trazodone hcl 56 TRIUMEQ PD 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride 188 TICOVAC 236 TRELEGY ELLIPTA 258 trospium chloride er 188 tigecycline 33 TRELSTAR 217 TRULANCE 178			•
TIADYLT ER 141 trazodone hcl 56 TRIUMEQ PD 107 tiagabine hcl 48 Treatment Adjuncts 89 TRIVORA-28 208 TIBSOVO 86 Treatment-Resistant 102 TROPHAMINE 176 ticagrelor 132 TRECATOR 68 trospium chloride 188 TICOVAC 236 TRELEGY ELLIPTA 258 trospium chloride er 188 tigecycline 33 TRELSTAR 217 TRULANCE 178			
tiagabine hcl48 Treatment Adjuncts89 TRIVORA-28208TIBSOVO86 Treatment-Resistant102 TROPHAMINE176ticagrelor132 TRECATOR68 trospium chloride188TICOVAC236 TRELEGY ELLIPTA258 trospium chloride er188tigecycline33 TRELSTAR217 TRULANCE178		-	
TIBSOVO86 Treatment-Resistant102 TROPHAMINE176ticagrelor132 TRECATOR68 trospium chloride188TICOVAC236 TRELEGY ELLIPTA258 trospium chloride er188tigecycline33 TRELSTAR217 TRULANCE178			
ticagrelor132 TRECATOR68 trospium chloride188TICOVAC236 TRELEGY ELLIPTA258 trospium chloride er188tigecycline33 TRELSTAR217 TRULANCE178	_	-	
TICOVAC236 TRELEGY ELLIPTA258 trospium chloride er188tigecycline33 TRELSTAR217 TRULANCE178			
tigecycline	_		-
			-
	5:1,1		

TRUMENBA 237	VAQTA237	VITALARA 176
	varenicline tartrate30	
	VARIVAX VACCINE237	
	Vasodilators, Direct-acting	
	Arterial150	
	Vasodilators, Direct-acting	
	Arterial/Venous151	
TYBOST108	VAXCHORA VACCINE237	VOQUEZNA TRIPLE PAK . 180
TYDEMY	VELIVET208	VORANIGO88
TYENNE	VELSIPITY180	voriconazole63
TYENNE AUTOINJECTOR .232	VEMLIDY110	voriconazole 200 mg vial 63
TYMLOS240	VENCLEXTA86	VOSEVI111
TYPHIM VI	VENCLEXTA 10 MG	VOWST180
TYRVAYA242	TABLET86	VOYDEYA220
TYVASO DPI255	VENCLEXTA STARTING	VRAYLAR102
	PACK87	VTAMA166
U	venlafaxine besylate er57	VUMERITY159
UBRELVY65	venlafaxine hcl57	VYFEMLA208
UDENYCA131	venlafaxine hcl er57	VYLIBRA
UDENYCA	VENXXIVA189	VYNDAMAX186
AUTOINJECTOR131	VEOZAH156	VYNDAQEL186
UNITHROID214	verapamil er141	VYVGART HYTRULO67
	verapamil er pm141	
ursodiol180	verapamil hcl141	VV
ustekinumab225	verapamil sr141	WAINUA186
UZEDY101,102	VERQUVO145	Wakefulness Promoting
3 //	VERSACLOZ103	Agents260
V	VERZENIO87	warfarin sodium128
VABOMERE39	VESTURA208	WEGOVY146
	VIBERZI179	
valacyclovir113	VIENVA208	WESNATAL DHA
VALCHLOR166	vigabatrin48	COMPLETE176
_	VIGADRONE	• ,
valproic acid45	VIGAFYDE48	WINREVAIR 45 MG VIAL. 258
valsartan134	VIGPODER48	WINREVAIR 60 MG VIAL. 258
valsartan-	VIJOICE	WIXELA INHUB258
-	vilazodone hcl57	WYMZYA FE208
	VIMKUNYA237	V
	VIOKACE186	
	VIRACEPT109	
VANFLYTA86	VIREAD110	XARAH FE208

XARELTO128	ZELBORAF	89
XATMEP	ZEMAIRA1	86
XCOPRI50	ZENATANE1	61
XDEMVY244	ZENPEP1	86
XELJANZ225	ZEPATIER1	11
XELJANZ XR226	ZEPOSIA1	59
XELRIA FE208	ZERBAXA	.36
XERMELO179	zidovudine	107
XGEVA240	ZIEXTENZO1	31
XIFAXAN34	ZILBRYSQ2	226
XIGDUO XR120	ziprasidone hcl	102
XIIDRA242	ziprasidone mesylate	102
XOFLUZA112	ZIRGAN	244
XOLAIR	ZOLINZA	.73
XOLREMDI131	zolmitriptan	.66
XOSPATA88	zolmitriptan odt	.66
XPOVIO 88,89	zolpidem tartrate2	260
XTANDI	zolpidem tartrate er2	260
XULANE209	ZOMACTON1	93
XYWAV260	ZONISADE	.50
	zanicamida	50
V	zonisamide	.00
Y	ZORTRESS2	232
YARGESA186	ZORTRESS	232 66
YARGESA	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2	232 66 209
YARGESA. 186 YASMIN 28 209 YAZ 209	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY	232 66 209 48
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE	232 66 209 48 53
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70 YORVIPATH 240,241	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70 YORVIPATH 240,241 YUVAFEM 197	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70 YORVIPATH 240,241 YUVAFEM 197	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70 YORVIPATH 240,241 YUVAFEM 197 Z ZAFEMY 209	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY ZURZUVAE 2 ZYDELIG 2 ZYKADIA	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70 YORVIPATH 240,241 YUVAFEM 197 Z ZAFEMY 209 zafirlukast 249	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG 2 ZYKADIA	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70 YORVIPATH 240,241 YUVAFEM 197 Z ZAFEMY 209 zafirlukast 249 zaleplon 260	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG 2 ZYKADIA	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70 YORVIPATH 240,241 YUVAFEM 197 Z ZAFEMY 209 zafirlukast 249 zaleplon 260 ZARXIO 131	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG 2 ZYKADIA	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70 YORVIPATH 240,241 YUVAFEM 197 Z ZAFEMY 209 zafirlukast 249 zaleplon 260 ZARXIO 131 ZAVZPRET 65	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG 2 ZYKADIA	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70 YORVIPATH 240,241 YUVAFEM 197 Z ZAFEMY 209 zafirlukast 249 zaleplon 260 ZARXIO 131 ZAVZPRET 65 ZEGALOGUE	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG 2 ZYKADIA	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70 YORVIPATH 240,241 YUVAFEM 197 Z ZAFEMY 209 zafirlukast 249 zaleplon 260 ZARXIO 131 ZAVZPRET 65 ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 122	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG 2 ZYKADIA	32 66 09 48 53 89
YARGESA 186 YASMIN 28 209 YAZ 209 YESINTEK 226 YF-VAX 237 YONSA 70 YORVIPATH 240,241 YUVAFEM 197 Z ZAFEMY 209 zafirlukast 249 zaleplon 260 ZARXIO 131 ZAVZPRET 65 ZEGALOGUE	ZORTRESS 2 ZORYVE 1 ZOVIA 1-35 2 ZTALMY 2 ZURZUVAE 2 ZYDELIG 2 ZYKADIA	32 66 09 48 53 89

CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스

방법	고객 서비스부 – 연락처 정보
전화	1-877-412-2734통화는 무료입니다. CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스로 주 7일, 24 시간 연락하실 수 있습니다.CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스는 또한 영어가 주 언어가 아닌 분들을 위해 무료 언어 통역 서비스를 제공합니다.
TTY	711 통화는 무료입니다. 고객 서비스부는 주 7 일, 24 시간 연락하실 수 있습니다.
팩스	1-714-246-8711
서면	CalOptima Health OneCare Complete Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
이메일	OneCarecustomerservice@caloptima.org
웹사이트	www.caloptima.org/OneCare