

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

2026 년 보장 약물 목록 (약물 목록 또는 포뮬러리)

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

본 *약물 목록*은 06/23/2026 업데이트 되었습니다.

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

H5433_26PD001TK_C

Formulary ID: 26418, Version Number: 25

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

2026 년 보장 약물 목록 (약물 목록 또는 포뮬러리)

서문

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

차례

A. 면책 조항	4
B. 자주 묻는 질문 (FAQ).....	11
B1. 약물 목록 에는 어떤 처방약들이 있습니까? (보장 약물 목록을 줄여서 “약물 목록”이라고 합니다.).....	11
B2. 약물 목록 은 변경됩니까?.....	11
B3. 약물 목록 이 변경되면 어떻게 됩니까?.....	12
B4. 약물 보장을 위한 제한 또는 한도 또는 특정 약물을 받기 위해 취해야 할 조치가 있습니까?.....	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. 약물 목록 에서 약을 어떻게 찾을 수 있습니까?.....	15
B8. 복용하려는 약이 약물 목록 에 없다면 어떻게 합니까?.....	15
B9. CalOptima Health OneCare Complete 의 신규 회원으로서 약물 목록 에서 약을 찾을 수 없거나 약을 조제받는 데 어려움이 있으면 어떻게 합니까?.....	15
B10. 약을 보장하도록 예외를 요청할 수 있습니까?.....	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
C. 보장 약물 목록 개요.....	20
C1. 의료 증상별 약물 목록	21
D. 보장 약물 색인.....	I-1

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.



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 목록**은 www.caloptima.org/OneCare 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 무료로 제공됩니다.

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.

(Arabic) العربية

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

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

www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



Հայերեն (Armenian)

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

简体中文 (Simplified Chinese)

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

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

繁體中文 (Traditional Chinese)

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

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

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

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

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.



हिंदी (Hindi)

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

Hmoob (Hmong)

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

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

日本語 (Japanese)

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

한국어 (Korean)

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

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.



ພາສາລາວ (Laotian)

ປູ້ະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາ ວຽບ **1-877-412-2734 (TTY: 711)**.

ຢ່າມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເຊ່ລະການບໍລິການສູ່ລັບູຄົນພິການ ເຊ່ລະເອກະສານທໍ່ເປັນອກສອນນນແລະມີໂຕພມໂຫຍ ໃຫ້ໂທຫາວຽບ **1-877-412-2734 (TTY: 711)**.

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734 (TTY: 711)**.

Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-877-412-2734 (TTY: 711)**. Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណុះ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734**

(TTY: 711) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរផ្សេង សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។

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

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

(Farsi) فارسی

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

با **1-877-412-2734 (TTY: 711)** تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

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 ТТУ **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 ТТУ **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)

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

Tagalog (Filipino)

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

ภาษาไทย (Thai)

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

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.



Українська (Ukrainian)

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

Tiếng Việt (Vietnamese)

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

ગુજરાતી (Gujarati)

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

Português (Portuguese)

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

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.



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

- 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.

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.



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 목록*의 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 "플랜 약국"라고도 합니다.

다소의 오버 더 카운터(over-the-counter, OTC(처방전 없이 구입 가능한)) 와 같은 기타 약물 및 특정 비타민 등은 Medi-Cal 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 목록*에 있는 의학적으로 필요한 모든 의약물을 보장합니다:
 - 귀하의 의사나 다른 처방자는 나아지거나 건강을 유지하기 위해 필요하다고 하는 경우,
 - CalOptima Health OneCare Complete 는 해당 약이 귀하에게 의학적으로 필요하다는 데 동의하며 또한
 - 처방약은 CalOptima Health OneCare Complete 네트워크 약국에서 구입합니다.
- 어떤 경우에는 약물을 받기 전에 행동을 취해야 합니다. 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

저희가 보장하는 최신 약물 목록은 저희 웹사이트 www.caloptima.org/OneCare 에서 확인하시거나 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)**로 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 동안은 해당 약물을 삭제하거나 변경하지 않습니다:

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

아래의 질문 B3 및 B6 에는 *약물 목록*이 변경되면 어떻게 되는지에 대한 자세한 정보가 있습니다.

- www.caloptima.org/OneCare 에서 CalOptima Health OneCare Complete 의 최신 *약물 목록*을 온라인으로 언제든지 확인할 수 있습니다. *약물 목록*은 매달 웹사이트에 업데이트됩니다.
- 고객 서비스에 **1-877-412-2734 (TTY 711)**번으로 주 7 일 24 시간 전화하여 최신 *약물 목록*을 확인할 수도 있습니다.

B3. *약물 목록*에 변경있으면 어떻게 됩니까?

*약물 목록*에 대한 일부 변경은 즉시 일어납니다. 예:

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

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.



- 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 목록*에서 제거할 경우, 또는
- 바이오시밀러를 추가할 때 오리지널 생물학적 제품을 삭제할 경우, 또는
- 브랜드 약물에 대한 보장 규칙 또는 한도를 변경하는 경우.

이러한 변경 사항이 발생할 경우, 저희는 다음을 할 것입니다:

- 약물 목록을 변경하기 최소 30 일 전에 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 목록*에 대신 복용할 수 있는 약물이 있는지 또는
- 이 변경으로 인해 예외를 요청할지 여부. 예외에 대한 자세한 정보를 위해 질문 B10-B12 을 참조하십시오.

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.



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 www.caloptima.org/OneCare 를 방문하십시오. 저희는 사전 승인 및 단계 요법 제한 사항을 설명하는 온라인 문서를 올렸습니다. 저희에게 사본을 요청할 수도 있습니다.

이러한 제한에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 이것은 의사 또는 기타 처방자와 상담할 시간을 줍니다. 그들은 *약물 목록*에 대신 복용할 수 있는 유사한 약물이 있는지 또는 예외를 요청할 것인지 여부를 결정을 하는데 도와 드릴 수 있습니다. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

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

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

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

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

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.



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 일반 약물 모두 색인에 포함되어 있습니다. 색인을 보고 약을 찾으십시오. 약 옆에 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호가 표시되어 있습니다. 색인에 나열된 페이지로 이동하여 목록의 첫 번째 열에서 약 이름을 찾으십시오.

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

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 목록**에 있는 약을 처방할 수 있음. 또는
- 약 보장을 CalOptima Health OneCare Complete 보장 규칙에 대한 예외를 요청. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

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

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

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

다음의 경우 30 일 분의 약물 공급을 보장합니다:

- **약물 목록**에 없는 약물을 복용하고 있는 경우 또는

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

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

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

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

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.



- 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 고객 서비스 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.

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.



B14. 오리지널 바이오약물이란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?

약물이라고 할 때, 이는 일반 약물이거나 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 보증을 적용합니다.

어떤 OTC 약물이 보험 적용 대상인지 알아보려면 CalOptima Health OneCare Complete *회원 안내서*의 **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 있습니다. 100 일양 약물의 공동부담금이 1 개월 분량과 동일합니다.

B18. 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달 받을 수 있습니까?

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

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.



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.

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.



C. 보장 약물 목록 개요

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

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

파트 D 에 따른 항소

- 항소란 저희가 귀하의 플랜 혜택에 대해 내린 결정을 재검토하여 실수가 있었다면 이를 바로 잡도록 공식 요청하는 절차입니다.
- 예로 저희는 귀하가 원하는 약물이 보장 대상이 아라고 결정을 내리거나, Medicare 나 Medi-Cal 에 의해 더 이상 보장되지 않을 수 있습니다.
- 귀하 또는 담당 의사가 저희의 결정에 동의하지 않을 경우, 항소를 할 수 있습니다. 질문이 있으시면, 고객 서비스 번호 **1-877-412-2734 (TTY 711)** 로 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.

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.



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 이 약에 대한 처방전을 조제하기 전에 CalOptima Health OneCare Complete 로부터 사전 승인을 받아야 합니다. 사전 승인 없이는 CalOptima Health OneCare Complete 는 이 약을 보장하지 않을 수 있습니다.
QL	CalOptima Health OneCare Complete 는 처방전마다 또는 특정 기간 내에 보장되는 이 약의 양을 제한합니다.
ST	CalOptima Health OneCare Complete 에서 이 약에 대한 보장을 제공하기 전에 먼저 질병을 치료하기 위해 다른 약(들)을 시도해야 합니다. 이 약은 다른 약(들)이 효과가 없는 경우에만 보장될 수 있습니다.

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

www.caloptima.org/onecare 를 방문하십시오.



코드	의미
LA	이 처방전은 특정 약국에서만 조제할 수 있습니다. 자세한 정보는 약국 목록을 참조하거나 고객 서비스 번호 1-877-412-2734 (TTY 711) 로 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.
CB	상한 혜택 한도가 적용됩니다.
GC	이 처방약은 보장 공백 기간 동안 보장됩니다. 이 보장에 대한 자세한 내용은 <i>회원 안내서</i> 를 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.

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.



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		
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days)
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen (5-325 mg, 7.5-325, 10-325 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5-325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophn 7.5-325)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib (100 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib (50 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>diclofenac 2% solution pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac epolamine 1.3% ptch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sod er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium (dr 25 mg tab, dr 50 mg tab, dr 75 mg tab, ec 25 mg tab, ec 50 mg tab, ec 75 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
<i>sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Opioid Analgesics, Long-acting		
<i>fentanyl (12 patch, 25 patch, 50 patch, 75 patch, 100 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 30 days)
<i>levorphanol tartrate (2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>methadone hcl (5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 100 mg tablet, sulf er 200 mg tablet, sulfate er 100 mg cap, sulfate er 120 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 15 mg tablet, sulf er 30 mg tablet, sulf er 60 mg tablet, sulfate er 10 mg cap, sulfate er 20 mg cap, sulfate er 30 mg cap, sulfate er 45 mg cap, sulfate er 50 mg cap, sulfate er 60 mg cap, sulfate er 75 mg cap, sulfate er 80 mg cap, sulfate er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml carpject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
REXTOVY 4 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTOINJCT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
<i>varenicline starting month box</i>	\$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)
<i>varenicline tartrate (apo-varenicline 0.5 mg tablet, apo-varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
BLUJEPA 750 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin pediater 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml-d5w, 900 mg/50 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colistimethate 150 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dalbavancin hcl 500 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fosfomycin 3 gm sachet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TAZICEF (1 GM ADD-VANTAGE VIAL, 1 GRAM VIAL, 6 GRAM VIAL)	\$0 (Tier 1)	
ZERBAXA 1.5 GRAM VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZEVTERA 667 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>ampicillin 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 2 gm add-vantage vl, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin-sulbactam (ampicillin-sulb 1.5 g add vial, ampicillin-sulb 3 gm add vial, ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl, ampicillin-sulbactam 3 gm vial, ampicillin-sulbactam 15 gm btl, ampicillin-sulbactam 15 gm vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN C-R (1.2 MILLION UNIT, 900-300 SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS, 2,400,000 UNITS)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>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)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
Carbapenems		
<i>ertapenem 1 gram vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>imipenem-cilastatin sodium (250 mg vl, 500 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
ORLYNVAH 500-500 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (10 per 5 days)
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Macrolides		
<i>azithromycin (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 250 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 500 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (136 per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fidaxomicin 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 10 days)
Quinolones		
BAXDELA (300 MG VIAL, 450 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5 ml susp, mono 50 mg tablet, mono 75 mg tablet, mono 100 mg cap, mono 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>minocycline hcl (50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
<i>brivaracetam (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>brivaracetam 10 mg/ml oral sol</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days), PA NSO
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tab susp, 250 mg tablet, 500 mg tab susp, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>perampanel 0.5 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (680 per 28 days)
<i>perampanel 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>perampanel 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SUBVENITE (25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
SUBVENITE TAB START KIT (BLUE)	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>clonazepam (0.25 mg odt, 2 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 1 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam (2.5 mg rectal gel, 2.5 mg rectal gel sys, 2.5mg rectal gel(2pk), 10 mg rectal gel, 10 mg rectal gel syrg, 10 mg rectal gel syst, 10mg rectal gel (2pk), 20 mg rectal gel, 20 mg rectal gel syrg, 20 mg rectal gel syst, 20mg rectal gel (2pk))</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PANSO
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VALTOCO (5 MG NASAL SPRAY, 10 MG NASAL SPRAY, 15 MG NASAL SPRAY, 20 MG NASAL SPRAY)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg powder packt</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
VIGADRONE 500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1100 per 30 days), PA NSO
Sodium Channel Agents		
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tab chew, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin sod ext 100 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50-100 MG PAK, 150-200 MG PK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
XCOPRI (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (250 MG DAILY PACK, 350 MG DAILY PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (900 per 30 days), PA NSO
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidementia Agents		
Antidementia Agents		
LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Cholinesterase Inhibitors		
<i>donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine 4 mg/ml oral soln</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine er 24 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

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

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

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

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
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>bupropion xl (150 mg tablet, 300 mg tablet, 450 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg, 12-25 mg, 12-50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine-amitriptyline (2 mg-10 mg tab, 2 mg-25 mg tab, 4 mg-10 mg tab, 4 mg-25 mg tab, 4 mg-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZURZUVAE (20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 180 days), PA NSO
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (14 per 180 days), PA NSO
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
EXXUA (ER 18.2 MG TABLET, ER 36.3 MG TABLET, ER 54.5 MG TABLET, ER 72.6 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
EXXUA ER 18.2 MG TAB (TITRATN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (32 per 14 days), PA NSO
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine bes er 112.5 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (9.8 per 28 days)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antifungals		
<i>clotrimazole (1% solution, 1% solution spray, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	
CRESEMBA (74.5 MG CAPSULE, 186 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-ns 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flucytosine (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antigout Agents		
Antigout Agents		
<i>allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0-\$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)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antigout Agents		
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>probenecid-colchicine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimigraine Agents		
Antimigraine Agents		
ELYXYB 120 MG/4.8 ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28.8 per 6 days)
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists		
AIMOVI AUTOINJECTOR (70 MG/ML, 140 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225MG/1.5ML AUTOINJ (X3)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimigraine Agents		
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		
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists		
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimyasthenic Agents		
Parasympathomimetics		
<i>pyridostigmine bromide (br 30 mg tablet, 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyridostigmine er 180 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
VYVGART HYTRULO 1,000MG-10,000	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (20 per 28 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Antituberculars		
<i>ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PRIFTIN 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
SIRTURO (20 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TRECATOR 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LEUKERAN 2 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>lomustine (10 mg capsule, 40 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
MATULANE 50 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ABIRTEGA 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
ERLEADA 60 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
EULEXIN 125 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
NUBEQA 300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
YONSA 125 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	LA, PA NSO
<i>pomalidomide (1 mg capsule, 2 mg capsule, 3 mg capsule, 4 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
THALOMID (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
Antiestrogens/Modifiers		
INLURIYO 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ORSERDU 345 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ORSERDU 86 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
SOLTAMOX (10 MG/5 ML SOLN, 20 MG/10 ML SOLN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Antimetabolites		
<i>mercaptopurine (20 mg/ml suspen, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
TABLOID 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
Antineoplastics		
AVMAPKI-FAKZYNJA CO-PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (66 per 28 days), PA NSO
Antineoplastics, Other		
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 28 days), PA NSO
IWILFIN 192 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 400 MG CO-PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (70 per 28 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 600 MG CO-PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (91 per 28 days), PA NSO

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 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
ORGOVYX 120 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (32 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 110 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 160 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TEPMETKO 225 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>exemestane 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Molecular Target Inhibitors		
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ALECENSA 150 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG 30 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
AYVAKIT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
BALVERSA 3 MG TABLET	\$0-\$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
BRUKINSA 160 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
CALQUENCE (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
CAPRELSA 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
<i>dasatinib (50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
DAURISMO 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ENSACOVE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<i>erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 21 days), PA NSO
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
GAVRETO 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (126 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (168 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
HERNEXEOS 60 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
HYRNUO 10 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IBRANCE (75 MG TABLET, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
IBTROZI 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>imatinib mesylate</i> (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
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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
ITOVEBI 9 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JAKAFI (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (63 per 28 days), PA NSO
KOSELUGO (5 MG SPRINKLE CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 7.5 MG SPRINKLE CAP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
KRAZATI 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LAZCLUZE 240 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LAZCLUZE 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (4 MG CAPSULE, 8 MG DAILY DOSE, 10 MG DAILY DOSE, 20 MG DAILY DOSE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LORBRENA 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LORBRENA 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 120 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
LUMAKRAS 240 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 320 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LYNPARZA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (112 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (140 per 28 days), PA NSO
MEKINIST (0.05 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
MEKTOVI 15 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
MODEYSO 125 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (20 per 28 days), PA NSO
NERLYNX 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
<i>nilotinib d-tartrate (50 mg cap, 150 mg cp, 200 mg cp)</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>nilotinib hcl (50 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (3 per 28 days), PA NSO
ODOMZO 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OJEMDA (100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (16 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (96 per 28 days), PA NSO
OJJAARA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>pazopanib hcl 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (14 per 21 days), PA NSO
PHYRAGO (50 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 70 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
QINLOCK 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
RETEVMO 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 80 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ROMVIMZA (14 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (8 per 28 days), PA NSO
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 50 MG PELLETT PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
RUBRACA (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
RYDAPT 25 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
SCEMBLIX 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
<i>sorafenib 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
<i>sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
TAGRISSE (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.1 MG CAPSULE, 0.1 MG SOFTGEL, 0.35 MG CAPSULE, 0.35 MG SOFTGEL, 0.5 MG CAPSULE, 0.5 MG SOFTGEL, 0.75 MG CAPSULE, 0.75 MG SOFTGEL, 1 MG CAPSULE, 1 MG SOFTGEL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
TALZENNA (0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
TORPENZ (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TRUQAP (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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
VENCLEXTA 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
VERZENIO (50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VIJOICE (50 MG GRANULE PACKET, 50 MG TABLET, 125 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
VONJO 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 10 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XALKORI 150 MG PELLETT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
XALKORI 20 MG PELLETT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
XALKORI 50 MG PELLETT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (32 per 28 days), PA NSO
ZEJULA (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ZELBORAF 240 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ZYKADIA 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
Retinoids		
<i>bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
<i>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 3 days)
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
KRINTAFEL 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
Anticholinergics		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml soln, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiparkinson Agents, Other		
<i>amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
NOURIANZ (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ONGENTYS (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Agonists		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
NEUPRO (1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ONAPGO 98 MG/20 ML CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole 0.75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa (carbidopa-levodopa 10-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
<i>haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol dec 100 mg/ml amp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml amp, 100 mg/ml vial, 250 mg/5 ml vl, 500 mg/5 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
<i>thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY 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)
<i>aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (3.9 per 14 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (3.2 per 14 days)
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4.8 per 365 days)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
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)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.25 per 28 days)
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.5 per 28 days)
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
FANAPT (PACK, PACK A)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (3.5 per 166 days)
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)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2.63 per 70 days)
<i>lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10-10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
<i>olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OPIPZA 10 MG FILM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PERSERIS ER 120 MG SYRINGE KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
PERSERIS ER 90 MG SYRINGE KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
<i>quetiapine fumarate (fumarate 25 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 100 mg tab, 150 mg tablet, fumarate 200 mg tab, fumarate 300 mg tab, fumarate 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
<i>quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
UZEDY (ER 150 MG/0.42 ML SYRINGE, ER 200 MG/0.56 ML SYRINGE, ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 56 days)
UZEDY (ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE, ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE, ER 100 MG/0.28 ML SYRINGE, ER 125 MG/0.35 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
VRAYLAR (0.5 MG CAPSULE, 0.75 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>ziprasidone 20 mg/ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Antipsychotics		
COBENFY (50 MG-20 MG CAPSULE, 100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
COBENFY STARTER PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (52 per 28 days), PANSO
Treatment-Resistant		
<i>clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clozapine odt (odt 12.5 mg tablet, odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet, odt 150 mg tablet, odt 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JULUCA 50-25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
STRIBILD TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TIVICAY 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (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)	
<i>efavir-emtri-tenof 600-200-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>efavirenz-lamivu-tenofovir disoproxil fumarate (400-300-300, 600-300-300)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disoproxil fumarate 200-25-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
INTELENCE 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
<i>nevirapine (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nevirapine er 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
PIFELTRO 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
CIMDUO 300-300 MG TABLET	\$0-\$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)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>emtricitabine 200 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167-250mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	\$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/30ml sol cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine-zidovudine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ODEFSEY TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-HIV Agents, Other		
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1840 per 30 days)
SUNLENCA 300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 2 days)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 8 days)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>lopinavir-ritonavir (lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml, lopinavir-ritonavir 100-25mg tb, lopinavir-ritonavir 200-50mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PREZCOBIX (675 MG-150 MG TABLET, 800 MG-150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (336 per 28 days)
PREVYMIS (240 MG TABLET, 480 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>valganciclovir 450 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>tenofovir disop fum 300 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
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)
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
MAVYRET 100-40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (140 per 28 days)
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
SOVALDI (150 MG PELLET PACKET, 200 MG PELLET PACKET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)
Antiherpetic Agents		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp cup, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
<i>acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>famciclovir 125 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>penciclovir 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiviral, Coronavirus Agents		
LAGEVRIO 200 MG CAP (EUA)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (40 per 5 days)
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 5 days)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (11 per 5 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anxiolytics		
Anxiolytics, Other		
<i>bupirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg tablet, hcl 25 mg tablet, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>meprobamate (200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Benzodiazepines		
<i>alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Bipolar Agents		
Mood Stabilizers		
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
<i>dapagliflozin-metformin er (dapagliflozin-metfo er 10-1000, dapagliflozin-metfor er 5-500, dapagliflozin-metfor er 10-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide xl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide xl 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
<i>glipizide-metformin 2.5-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>glyburid-metformin 1.25-250 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>glyburide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (240 per 30 days)
<i>glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
INVOKAMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TABLET, 150-500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
INVOKAMET XR (50-1,000 MG TAB, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TAB, 150-500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
INVOKANA (100 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JANUMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR (50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JANUVIA (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl (750 mg tablet, 850 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
OZEMPIC (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RYBELSUS (3 MG TABLET, 7 MG TABLET, 14 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>sitagliptin phosphate (phos 100 mg tablet, phosphate 25 mg tb, phosphate 50 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
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)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
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)
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)
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
GVOKE (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)
VYKAT XR 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
VYKAT XR 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
VYKAT XR 75 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
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)
<i>insulin aspart 100 unit/ml crt</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart prot mix 70-30 (mix70-30 pn, mix70-30 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine max solo u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
<i>insulin lispro jr 100 unit/ml</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro mix 75-25 kwkpn</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 (70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (70-30, RELION 70-30)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN (N 100 UNIT/ML, RELION N U-100)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN (R 100 UNIT/ML, RELION R U-100)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG (100 VIAL, RELION 100 VL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
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		
<i>dabigatran etexilate (75 mg cap, 110 mg cp, 150 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
<i>fondaparinux sodium (2.5 mg/0.5 ml syr, 5 mg/0.4 ml syr, 7.5 mg/0.6 ml syr, 10 mg/0.8 ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	
FRAGMIN (10,000 UNIT/ML SYRINGE, 10,000 UNITS/ML SYRING)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
FRAGMIN (12,500 UNIT/0.5 ML SYR, 12,500 UNITS/0.5 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (15 per 30 days)
FRAGMIN (15,000 UNIT/0.6 ML SYR, 15,000 UNITS/0.6 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (18 per 30 days)
FRAGMIN (18,000 UNIT/0.72 ML, 18,000 UNITS/0.72 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (22 per 30 days)
FRAGMIN (2,500 UNIT/0.2 ML SYR, 2,500 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (6 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
FRAGMIN (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)
<i>heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>jantoven (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rivaroxaban (1 mg/ml suspension, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
XARELTO (1 MG/ML SUSPENSION, 2.5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 30D)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
AQVESME 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
<i>eltrombopag 12.5 mg susp pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (360 per 30 days)
<i>eltrombopag 25 mg susp packet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
EPOGEN (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
GRANIX (300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
NEUPOGEN (300 MCG/0.5 ML SYR, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYR, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 10,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL, 40,000 UNITS/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
RELEUKO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNIT/ML VIAL, 40,000 UNIT/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridam er 25-200 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA 60 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOPTELET ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (15 per 5 days)
DOPTELET (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TAVALISSE (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>ticagrelor (60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>quinidine gluc er 324 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SOTALOL AF (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succ er 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine besylate 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>felodipine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>nifedipine er 90 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDAMYST 70 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TIADYLT ER (ER 120 MG CAPSULE, ER 180 MG CAPSULE, ER 240 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE, ER 360 MG CAPSULE, ER 420 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil er (er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil er pm (er 100 mg capsule, er 200 mg capsule, er 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil sr (sr 120 mg capsule, sr 180 mg capsule, sr 240 mg capsule, sr 360 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Cardiovascular Agents, Other		
<i>acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>aliskiren (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amlodipine besylate-benazepril (2.5-10, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg, 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan (5-160 mg, 5-320 mg, 10-160 mg, 10-320 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg, 10-160-12.5mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)</i>	\$0 (Tier 1)	
ATTRUBY 356 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
CAMZYOS (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>digoxin 62.5 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ENTRESTO (24 MG-26 MG TABLET, 49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE (6-6MG PELLETT, 15-16 MG PLT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days)

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan (24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VANRAFIA 0.75 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VOYXACT 400 MG/2 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVIY (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)
WEGOVIY (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
WEGOVIY (1.7 MG/0.75 ML PEN, 2.4 MG/0.75 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>torseamide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>omega-3 ethyl esters 1 gm cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PREVALITE (PACKET, POWDER)	\$0 (Tier 1)	
REDEMPLO 25 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.5 per 90 days)
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		
<i>eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononit er 60 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 120 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days)
<i>nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	\$0 (Tier 1)	
<i>sildenafil citrate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days), GC, CB (78 / 365 days), EX

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Agents		
RADICAVA ORS (105 MG/5 ML SUSP, STARTER KIT SUSP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (70 per 14 days)
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>dextroamp-amphetamin 30 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl cd (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er(cd) 10mg cp, er(cd) 20mg cp, er(cd) 30mg cp, er(cd) 40mg cp, er(cd) 50mg cp, er(cd) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate la (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate sr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Central Nervous System Agents, Other		
AUSTEDO (6 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
AUSTEDO 9 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
AUSTEDO XR (18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITR(12-18-24-30MG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA (40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA SPRINKLE (40 MG CAP, 60 MG CAP, 80 MG CAP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
NUDEXTA 20-10 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
<i>pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
Fibromyalgia Agents		
<i>milnacipran hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
AVONEX PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML (4PK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>cladribine (10 mg 1 tb day pk, 10 mg 10 tab pk, 10 mg 2 tb day pk, 10 mg 4 tablet pk, 10 mg 5 tablet pk, 10 mg 6 tablet pk, 10 mg 7 tablet pk, 10 mg 8 tablet pk, 10 mg 9 tablet pk)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>fingolimod 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
<i>glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
MAVENCLAD (10 MG 10 TABLET PK, 10 MG 4 TABLET PK, 10 MG 5 TABLET PK, 10 MG 6 TABLET PK, 10 MG 7 TABLET PK, 10 MG 8 TABLET PK, 10 MG 9 TABLET PK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
MAYZENT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
MAYZENT 0.25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (7 per 4 days)
PONVORY (14-DAY STARTER PACK, 20 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
REBIF (22 MCG/0.5 ML SYRINGE, 44 MCG/0.5 ML SYRINGE, TITRATION PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
REBIF REBIDOSE (22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, TITRATION PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TASCENSO ODT (ODT 0.25 MG TABLET, ODT 0.5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide (7 mg tablet, 14 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZEPOSIA (0.92 MG CAPSULE, STARTER KIT (28-DAY), STARTER PACK (7-DAY))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dental and Oral Agents		
Dental and Oral Agents		
<i>cevimeline hcl 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (55 per 28 days)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
OTEZLA XR 75 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OTEZLA XR INITIATION PK 28 DAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (41 per 28 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	
QBREXZA 2.4% CLOTH	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SANTYL OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SILVADENE 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SPEVIGO 300 MG/2 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
VTAMA 1% CREAM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZORYVE (0.05% CREAM, 0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Pediculicides/Scabicides		
CROTAN 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
<i>malathion 0.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>permethrin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
Topical Anti-infectives		
<i>acyclovir 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>acyclovir 5% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>clindamycin 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin (2% gel, 2% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mupirocin (2% cream, 2% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naftifine hcl (1% cream, 2% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxiconazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
OXISTAT 1% LOTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ZELSUVMI 10.3% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacements		
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluoride (0.25 mg tablet chew, 0.5 mg tablet chew, 1 mg tablet chewable)</i>	\$0 (Tier 1)	
ISOLYTE S IV SOLN PH7.4	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate 50% syringe</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>multiple electrolytes t1 ph5.5</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>multiple electrolytes t1 ph7.4</i>	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
ALTRIXA OB PRENATAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
CLINIMIX (4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CLINIMIX E (2.75%-5% SOLUTION, 4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CLINISOL 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
CLINOLIPID (20% (100 GM/500 ML), 20% (20 GM/100 ML), 20% (200 GM/1000ML), 20% (50 GM/250 ML))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>dextrose 10%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
MATERNACEL PRENATAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MATERVIA PRENATAL CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NATAL PNV TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NEO-VITAL RX TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NEOMATERNA PRENATAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PREMASOL 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PROSOL 20% INJECTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TPN ELECTROLYTES VIAL	\$0 (Tier 1)	
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
VITALARA PRENATAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
WESNATAL DHA COMPLETE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
Phosphate Binders		
<i>calcium acetate (667 mg capsule, 667 mg gelcap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer carbonate (0.8 gm powder packet, 2.4 gm powder packet, carbonate 800 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer hcl (400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Potassium Binders		
KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (34 per 30 days)
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>sodium polystyrene sulfonate (sodium polystyrene sulf powder, sps 15 gm/60 ml suspension, sps 30 gm/120 ml enema, sps 50 gm/200 ml enema)</i>	\$0 (Tier 1)	
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
<i>lactulose (10 gm packet, 20 gm packet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
RELISTOR (8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML KIT, 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
SUTAB 1.479-0.225-0.188 GM TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5, diphenoxylate-atrop 2.5-0.025)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XERMELO 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
Gastrointestinal Agents, Other		
GATTEX 5 MG INJECTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GAVILYTE-C SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-G SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-N SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GOLYTELY SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
IQIRVO 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg-3350 and electrolytes soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	\$0 (Tier 1)	
SEROSTIM 6 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VELSIPITY 2 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
VOQUEZNA DUAL PAK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (112 per 14 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (112 per 14 days)
VOWST CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (12 per 3 days)
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Protectants		
<i>misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
AQNEURSA 1 GRAM GRANULE PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ARALAST NP (500 MG VIAL, 1,000 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>betaine 1 gram/scoop powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CREON (DR 3,000 CAPSULE, DR 6,000 CAPSULE, DR 12,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE, DR 36,000 CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CTEXLI 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
DAYBUE 200 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
DAYBUE STIX (5,000 MG PACKET, 6,000 MG PACKET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
DAYBUE STIX 8,000 MG PACKET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dichlorphenamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (420 per 30 days)
FORZINITY 280 MG/3.5 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)
GLASSIA (1 GM/50 ML VIAL, 4 GM /200 ML VIAL, 5 GM /250 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>glycerol phenylbut 1.1 gram/ml</i>	\$0 (Tier 1)	PA
JAVYGTOR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
JOENJA 70 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>L-glutamine 5 gram powder pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
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)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
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)
REVCOVI 2.4 MG/1.5 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
RIVFLOZA 128 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.8 per 28 days)
RIVFLOZA 160 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.5 per 28 days)
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
<i>sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 20,880-78,300 UNITS TB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
WAINUA 45 MG/0.8 ML AUTOINJECT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
WELIREG 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
XROMI 100 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
YARGESA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ZEMAIRA (1,000 MG VIAL, 4,000 MG VIAL, 5,000 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZENPEP (DR 3,000 CAPSULE, DR 5,000 CAPSULE, DR 10,000 CAPSULE, DR 15,000 CAPSULE, DR 20,000 CAPSULE, DR 25,000 CAPSULE, DR 40,000 CAPSULE, DR 60,000 CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genitourinary Agents		
Antispasmodics, Urinary		
<i>darifenacin er (er 7.5 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fesoterodine fumarate er (er 4 mg tablet, er 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>flavoxate hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
GEMTESA 75 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
MYRBETRIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (100 per 10 days)
<i>oxybutynin chloride (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tablet, er 10 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genitourinary Agents		
LITHOSTAT 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tiopronin (100 mg tablet, dr 100 mg tablet, dr 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VENXXIVA (DR 100 MG TABLET, DR 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
ACTHAR GEL 400 UNIT/5 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT (40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CORTROPHIN (GEL 40 UNIT/0.5 ML, GEL 80 UNIT/ML SYR)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
<i>prednisolone sodium phosphate (sod 1% eye drop, 5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
PYQUVI 22.75 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
CRENESSITY (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desmopressin acetate (0.01% solution, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA SV 2 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
EGRIFTA WR (11.6 MG VIAL, 11.6MG FOUR-VL KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (4 per 28 days)
GENOTROPIN (MINIQUICK 0.2 MG, MINIQUICK 0.4 MG, MINIQUICK 0.6 MG, MINIQUICK 0.8 MG, MINIQUICK 1 MG, MINIQUICK 1.2 MG, MINIQUICK 1.4 MG, MINIQUICK 1.6 MG, MINIQUICK 1.8 MG, MINIQUICK 2 MG, 5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMATROPE (6 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE, 24 MG CARTRIDGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
NORDITROPIN FLEXPRO (5 MG/1.5, 10 MG/1.5, 15 MG/1.5)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SEROSTIM (4 MG VIAL, 5 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYTROFA (0.7 MG CARTRIDGE, 1.4 MG CARTRIDGE, 1.8 MG CARTRIDGE, 2.1 MG CARTRIDGE, 2.5 MG CARTRIDGE, 3 MG CARTRIDGE, 3.6 MG CARTRIDGE, 4.3 MG CARTRIDGE, 5.2 MG CARTRIDGE, 6.3 MG CARTRIDGE, 7.6 MG CARTRIDGE, 9.1 MG CARTRIDGE, 11 MG CARTRIDGE, 13.3 MG CARTRIDGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
SOGROYA (5 MG/1.5 ML PEN, 10 MG/1.5 ML PEN, 15 MG/1.5 ML PEN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZOMACTON (5 MG VIAL, 10 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>testosterone enanthate</i> (<i>testosteron 1,000 mg/5 ml,</i> <i>testosterone 200 mg/ml</i>)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Estrogens		
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>conjugated estrogens (estrogen 0.625mg tb, estrogens 0.3 mg tb, estrogens 0.45mg tb, estrogens 0.9 mg tb, estrogens 1.25mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	
DOTTI (0.025 MG PATCH, 0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
ESTRACE 0.01% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.01% cream, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>estradiol (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol (twice weekly) (0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol 0.05 mg patch (1/wk)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol valerate (20 mg/ml vl, 40 mg/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
ESTRING (2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG) RING)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
FEMRING (0.05 VAG RING, 0.10 VAG RING)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
IMVEXXY (4 MCG MAINTENANCE PACK, 4 MCG STARTER PACK, 10 MCG MAINTENANCE PAK, 10 MCG STARTER PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (18 per 28 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
LYLLANA (0.025 MG PATCH, 0.0375 MG PATCH, 0.05 MG PATCH, 0.075 MG PATCH, 0.1 MG PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
MENOSTAR 14 MCG/DAY PATCH	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
YUVAFEM (10 MCG INSERT, 10 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers), Other		
ABIGALE 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ABIGALE LO 0.5-0.1 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ACTIVELLA 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALTAVERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ANGELIQ (0.25 MG-0.5 MG TABLET, 0.5 MG-1 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
APRI 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
ARANELLE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ASHLYNA 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
AUBRA EQ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AUBRA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AVIANE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AZURETTE 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
BALCOLTRA TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BALZIVA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BEYAZ 28 TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BLISOVI 24 FE TABLET	\$0 (Tier 1)	
BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BRIELLYN 0.4 MG-0.035 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
CAMRESE LO TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>estradiol-norethindrone acetat</i> (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i> (1mg-35mcg, 1mg-50mcg)	\$0 (Tier 1)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	
FALMINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
FEIRZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
FEMLYV 1 MG-0.02 MG ODT	\$0 (Tier 1)	
FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEW TAB	\$0 (Tier 1)	
FYAVOLV (0.5 MG-2.5 MCG TABLET, 1 MG-5 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
GALBRIELA 0.8-0.025 MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
HAILEY FE 1-20 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INTRAROSA 6.5 MG VAG INSERT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
INTROVALE 0.15-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JAIMIESS 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JOYEAUX-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
JULEBER 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JUNEL (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
JUNEL FE 24 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
KARIVA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
KELNOR 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KURVELO-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KYLEENA 19.5 MG SYSTEM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
LARIN (1.5 MG-30 MCG TABLET, 21 1-20 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LARIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	\$0 (Tier 1)	
LESSINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LEVONEST-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorg-ee-fe bis 0.1-0.02-36</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e estrad 0.15-0.03-0.01, levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01, levonorg 0.15mg-ee 20-25-30mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i> (<i>estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1-0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic</i>)	\$0 (Tier 1)	
LILETTA 52 MG SYSTEM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
LOESTRIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOESTRIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOJAIMIESS 0.1-0.02-0.01 TAB	\$0 (Tier 1)	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LUIZZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LUTERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
MARLISSA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIBELAS 24 FE CHEWABLE TABLET	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MINZOYA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIRENA 52 MG SYSTEM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NATAZIA 28 TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NECON 0.5-35-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXTSTELLIS 3-14.2 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norelgestrom-ee 150-35 mcg/day</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind-eth 1-0.02 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (1 mg/20-30-35 mcg, 1-0.02(21)-75 tab, 1-0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NORTREL (0.5-35-28 TABLET, 1-35 21 TABLET, 1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
NUVARING VAGINAL RING	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NYLIA (1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
PIMTREA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
PORTIA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMPHASE 0.625-5 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PREMPRO (0.3 MG-1.5 MG TABLET, 0.45-1.5 MG TABLET, 0.625-2.5 MG TABLET, 0.625-5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
RIVELSA TABLET	\$0 (Tier 1)	
ROSYRAH TABLET	\$0 (Tier 1)	
SAFYRAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
SKYLA 13.5 MG SYSTEM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SPRINTEC 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
SYEDA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 EQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TILIA FE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-MILI 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRIVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TURQOZ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TYDEMY 3-0.03-0.451 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
VALTYA (1 MG-35 MCG TABLET, 1 MG-50 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
VELIVET 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIENVA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIORELE 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
WYMZYA FE (0.4-0.035 MG CHEW TB, CHEWABLE TABLET)	\$0 (Tier 1)	
XARAH FE 1 MG/20-30-35 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
XELRIA FE 0.4-0.035 MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
YASMIN 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
YAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35 TABLET	\$0 (Tier 1)	
Progestins		
CAMILA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
CRINONE (4% GEL, 8% GEL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ERRIN 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
GALLIFREY 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
HEATHER 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INCASSIA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYLEQ 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYZA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>megestrol 400 mg/10ml susp cup</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>megestrol acetate 40mg/ml oral suspension</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MELEYA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
NORA-BE TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrn 5 mg tb (lupaneta)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ORQUIDEA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
LEVOXYL (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LIOMNY (5 MCG TABLET, 25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>liothyronine sodium</i> (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	\$0 (Tier 1)	
REZDIFFRA (60 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$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)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
THYQUIDITY 100 MCG/5 ML SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TIROSINT-SOL (13 MCG/ML SOLN, 25 MCG/ML SOLN, 37.5 MCG/ML SOLN, 44 MCG/ML SOLN, 50 MCG/ML SOLN, 62.5 MCG/ML SOLN, 75 MCG/ML SOLN, 88 MCG/ML SOLN, 100 MCG/ML SOLN, 112 MCG/ML SOLN, 125 MCG/ML SOLN, 137 MCG/ML SOLN, 150 MCG/ML SOLN, 175 MCG/ML SOLN, 200 MCG/ML SOLN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
UNITHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>cabergoline 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE	\$0-\$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
ELIGARD 45 MG SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
FIRMAGON (2 X 120 MG KIT, 2 X 120 MG VIALS, 80 MG KIT, 80 MG VIAL, 120 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<i>leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>leuprolide depot 22.5 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
LUPRON DEPOT (3.75 MG KIT, 7.5 MG 1 MONTH KT, 11.25 MG 3MO KIT, 22.5 MG 3MO KIT, 30 MG 4 MONTH KIT, 45 MG 6 MONTH KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO, 45 MG 6MO KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)		
<i>propylthiouracil 50 mg tablet</i>	\$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
DAWZERA 80 MG/0.8 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ORLADEYO (110 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG/2 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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 LIQUID ERC (LIQUID 5 G/50 ML, LIQUID 10G/100ML)	\$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
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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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
PRIVIGEN 10% VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
QIVIGY (10% (10 GM/100 ML) VIAL, 10% (5 GRAM/50 ML) VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
YIMMUGO (10% (10 GM/100 ML) VL, 10% (20 GM/200 ML) VL, 10% (5 GM/50 ML) VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Immunological Agents		
FABHALTA 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
TARPEYO DR 4 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
VOYDEYA (100 MG TABLET, 150 MG DOSE TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ANDEMBRY 200 MG/1.2 ML AUTOINJ	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ARCALYST 220 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
COSENTYX SYRINGE (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
DUPIXENT PEN (200 MG/1.14 ML PEN, 300 MG/2 ML PEN)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
DUPIXENT SYRINGE (200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
EMPAVELI 1,080 MG/20 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (160 per 28 days)
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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
LEQSELVI 8 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
LITFULO 50 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH (200 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG DOSE - 2 SYRINGES)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
OMVOH PEN (200 MG/2 ML PEN, 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)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
SELARSDI (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
SILIQ 210 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SOTYKTU 6 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SPEVIGO 150 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
STEQEYMA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TALTZ SYRINGE (20 MG/0.25 ML SYRINGE, 40 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA 100 MG/ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA INDCT 200MG/2ML X2 PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>ustekinumab (45 mg/0.5 ml vial, 45mg/0.5ml syringe, 90 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ustekinumab-aauz (45 mg syringe, 90 mg/ml syr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
XELJANZ (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
XELJANZ XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
XOLAIR (75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
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)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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
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
<i>azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
ENBREL (25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) (CDV HUMIRA(CF) 10 MG/0.1ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 20 MG/0.2ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 40 MG/0.4ML SYR, HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING, HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING, HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN (CDV HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4ML, CDV HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8ML, HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN CRHN-UC-HS 80MG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-AHS 80-40	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HYFTOR 0.2% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA BVD
NEORAL (25 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
RAPAMUNE (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SIMLANDI(CF) (SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 ML, SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR (SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML, SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
SIMPONI (100 MG/ML PEN INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
SIMPONI (50 MG/0.5 ML PEN INJEC, 50 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule, 5 mg capsule (ir))</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
TYENNE 162 MG/0.9 ML AUTOINJCT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ENGERIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HIBERIX VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
INFANRIX DTAP VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
IPOL VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
IXIARO VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
JYNNEOS VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
KINRIX VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
M-M-R II VACCINE VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MENACTRA VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MENQUADFI VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MENVEO VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
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)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
PENTACEL VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PRIORIX VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PROQUAD VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
RABAVERT VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
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)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML 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)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
VIVOTIF EC CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates and/or Prodrugs		
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine dr 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
PENTASA 250 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (480 per 30 days)
<i>sulfasalazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Inflammatory Bowel Disease Agents		
<i>sulfasalazine dr 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
Glucocorticoids		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>budesonide dr 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>budesonide ec 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg/60 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>teriparatide 560mcg/2.24ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 30 days)
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.12 per 28 days)
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.96 per 28 days)
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2.8 per 28 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
<i>atropine 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-bacit-polymix eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>pilocarpine hcl 1.25% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (7 per 30 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i>	\$0 (Tier 1)	
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (8.4 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
Ophthalmic Anti-Infectives		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>besifloxacin 0.6% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide 10% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
XDEMVY 0.25% DROP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
<i>bromfenac sodium 0.09% eye drp</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>dexamethasone 0.1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>difluprednate 0.05% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flurbiprofen 0.03% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol 0.5% ophthalmc gel</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol etabonate (0.2% drp, 0.5% drp)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (6 per 180 days)
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>carteolol hcl 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levobunolol 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>timolol maleate (0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>apraclonidine hcl 0.5% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>brimonidine-timolol 0.2%-0.5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>brinzolamide 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	ST
<i>methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
RHOPRESSA 0.02% OPHTH SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 30 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>travoprost 0.004% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	ST

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUIITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flunisolide 0.025% spray</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
<i>fluticasone prop 100mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>fluticasone prop 250 mcg disk</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (21.2 per 30 days)
Antihistamines		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrpr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocetirizine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Antileukotrienes		
<i>montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
<i>tiotropium 18 mcg cap-inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol hfa 90 mcg inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
<i>arformoterol 15 mcg/2 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>epinephrine (0.15 mg auto-injct, 0.3 mg auto-inject)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
<i>levalbuterol conc 1.25 mg/0.5</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol tar hfa 45mcg inh</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
NEFFY (1 MG/0.1 ML NASAL SPRAY, 2 MG/0.1 ML NASAL SPRAY)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS 50 MCG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Cystic Fibrosis Agents		
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
KALYDECO (5.8 MG GRANULES PKT, 13.4 MG GRANULES PKT, 25 MG GRANULES PACKET, 50 MG GRANULES PACKET, 75 MG GRANULES PACKET, 150 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
ORKAMBI (100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (112 per 28 days)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SYMDEKO (50/75 MG-75 MG TABLETS, 100/150 MG-150 MG TABS)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>theophylline 80 mg/15 ml cup</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
OPSUMIT 10 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA
OPSYNVI (10-20 MG TABLET, 10-40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA, QL (30 per 30 days)
ORENITRAM ER (ER 0.125 MG TABLET, ER 0.25 MG TABLET, ER 1 MG TABLET, ER 2.5 MG TABLET, ER 5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>sildenafil 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
TYVASO DPI (16 MCG CARTRIDGE, 16-32-48 MCG TITRAT, 32 MCG CARTRIDGE, 32-64 MCG MAINT KIT, 48 MCG CARTRIDGE, 48-64 MCG MAINT KIT, 64 MCG CARTRIDGE, 80 MCG CARTRIDGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
UPTRAVI (200 MCG TABLET, 400 MCG TABLET, 600 MCG TABLET, 800 MCG TABLET, 1,000 MCG TABLET, 1,200 MCG TABLET, 1,400 MCG TABLET, 1,600 MCG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
Pulmonary Fibrosis Agents		
JASCAYD (9 MG TABLET, 18 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)
<i>pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine (10% vial, 20% vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHER 160-9-4.8 MCG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (10.7 per 30 days)
BRINSUPRI (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>fluticasone prop hfa 220 mcg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol hfa (45-21, 115-21, 230-21)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
NUCALA (100 MG/ML AUTO-INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.4 per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT (INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (28), INHALER (60))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Skeletal Muscle Relaxants		
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>carisoprodol 350 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>orphenadrine er 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Sleep Disorder Agents		
Sleep Promoting Agents		
<i>eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon 8 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Sleep Disorder Agents		
<i>modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate 0.5 g/ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
XYWAV 0.5 GM/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Supplies		
Supplies		
<i>gauze pads & dressings - pads 2 x 2</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>insulin pen needle</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad</i>	\$0 (Tier 1)	ST

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Supplies		
<i>needles, insulin disp., safety</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

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

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

약물의색인

본 색션에서는 알파벳순으로 약물 이름을 검색하여 찾을 수 있습니다. 이것은 약에 대한 추가 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호를 알려줄 것입니다.

1

1st Generation/Typical 95

2

2nd Generation/Atypical 97

A

abacavir 107

abacavir-lamivudine 107

ABIGALE 201

ABIGALE LO 201

ABILIFY MAINTENA 97

abiraterone acetate 69

ABIRTEGA 69

ABRYSVO VIAL 237

acamprosate calcium 29

acarbose 117

ACCUTANE 163

acebutolol hcl 139

acetaminophen-codeine 23

acetaminophen-codeine 120-12 mg/5 23

acetazolamide 144

acetazolamide er 250

acetic acid 252

acetylcysteine 260

acitretin 163

Acne and Rosacea Agents 163

ACTEMRA 224

ACTEMRA ACTPEN 225

ACTHAR 193

ACTHAR SELFJECT 193

ACTHIB VACCINE 237

ACTIMMUNE 231

ACTIVELLA 201

acyclovir 113,170

acyclovir sodium 114

ADACEL TDAP 237

adefovir dipivoxil 111

ADEMPAS 258

AIMOVIG AUTOINJECTOR 65

AJOVY AUTOINJECTOR 65

AJOVY AUTOINJECTOR (3 PACK) 65

AJOVY SYRINGE 65

AKEEGA 74

ALA-CORT 164

albendazole 91

albuterol sulfate 254

albuterol sulfate hfa 254

albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Proair generic) 255

albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Proventil generic) 255

albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Ventolin generic) 255

Alcohol Deterrents/Anti-craving 29

ALECENSA 74

alendronate sodium 243

alfuzosin hcl er 192

aliskiren 144

Alkylating Agents 69

allopurinol 64

alogliptin 117

alogliptin-metformin 117

alose tron hcl 182

Alpha-adrenergic Agonists 135

Alpha-adrenergic Blocking Agents 135

alprazolam 115

ALTAVERA 201

ALTRIXA OB 175

ALUNBRIG 74

ALYACEN 201

ALYFTREK 260,261

ALYQ 258

amantadine 93

ambrisentan 258

amcinonide 165

amikacin sulfate 31

amiloride hcl 149

amiloride-hydrochlorothiazide 144

Aminoglycosides 31

Aminosalicylates and/or Prodrugs 242

amiodarone hcl 137

amitriptyline hcl 58

amlodipine besylate 141

amlodipine besylate-benazepril 144

amlodipine-atorvastatin 144

amlodipine-olmesartan 144

amlodipine-valsartan 144

amlodipine-valsartan-hctz 144

ammonium lactate 165

AMNESTEEM 163

amoxapine 58

amoxicillin 36

amoxicillin-clavulanate potass 36

amphotericin b 61

amphotericin b liposome 61

ampicillin sodium 37

ampicillin trihydrate 37

ampicillin-sulbactam 37

Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Agents 154

anagrelide hcl 130

ANALGESICS 23

Analgesics 23

Analgesics Combinations 23

anastrozole 74

ANDEMBRY

AUTOINJECTOR 225

Androgens.....	198	ANTIBACTERIALS.....	31	ANTISPASTICITY	
ANESTHETICS.....	28	Antibacterials, Other.....	31	AGENTS.....	104
ANGELIQ.....	201	Anticholinergics.....	93	Antispasticity Agents.....	104
Angioedema Agents.....	221	Anticoagulants.....	127	Antithyroid Agents.....	220
Angiotensin II Receptor		ANTICONVULSANTS.....	42	Antituberculars.....	68
Antagonists.....	136	Anticonvulsants, Other.....	42	Antiviral, Coronavirus	
Angiotensin-converting Enzyme		ANTIDEMENTIA AGENTS... 51		Agents.....	114
(ACE) Inhibitors.....	136	Antidementia Agents.....	51	ANTIVIRALS.....	105
ANNOVERA.....	199	ANTIDEPRESSANTS.....	52	ANUSOL-HC.....	243
Anthelmintics.....	91	Antidepressants, Other.....	52	ANXIOLYTICS.....	115
ANTI-		Antidiabetic Agents.....	117	Anxiolytics, Other.....	115
ADDICTION/SUBSTANCE		ANTIEMETICS.....	59	<i>apraclonidine hcl</i>	251
ABUSE TREATMENT		Antiemetics, Other.....	59	<i>aprepitant</i>	60,61
AGENTS.....	29	Antiestrogens/Modifiers.....	71	APRI.....	202
Anti-Constipation Agents.....	180	ANTIFUNGALS.....	61	APTIVUS.....	109
Anti-cytomegalovirus (CMV)		Antifungals.....	61	AQNEURSA.....	185
Agents.....	111	ANTIGOUT AGENTS.....	64	AQVESME.....	130
Anti-diarrheal Agents.....	182	Antigout Agents.....	64	ARALAST NP.....	186
Anti-hepatitis B (HBV)		Antihyperpetic Agents.....	113	ARANELLE.....	202
Agents.....	111	Antihistamines.....	253	ARANESP.....	130
Anti-hepatitis C (HCV)		Antileukotrienes.....	254	ARCALYST.....	225
Agents.....	112	Antimetabolites.....	71	AREXVY VACCINE.....	237
Anti-HIV Agents, Integrase		ANTIMIGRAINE AGENTS... 65		<i>arformoterol tartrate</i>	255
Inhibitors (INSTI).....	105	Antimigraine Agents.....	65	ARIKAYCE.....	31
Anti-HIV Agents, Non-		ANTIMYASTHENIC		<i>aripiprazole</i>	97
nucleoside Reverse		AGENTS.....	67	<i>aripiprazole odt</i>	97
Transcriptase Inhibitors		ANTIMYCOBACTERIALS... 68		ARISTADA.....	97,98
(NNRTI).....	106	Antimycobacterials, Other... 68		ARISTADA INITIO.....	98
Anti-HIV Agents, Nucleoside		ANTINEOPLASTICS.....	69	<i>armodafinil</i>	264
and Nucleotide Reverse		Antineoplastics.....	72	ARNUIITY ELLIPTA.....	252
Transcriptase Inhibitors		Antineoplastics, Other.....	72	Aromatase Inhibitors, 3rd	
(NRTI).....	107	ANTIPARASITICS.....	91	Generation.....	74
Anti-HIV Agents, Other.....	108	ANTIPARKINSON AGENTS. 93		<i>asenapine maleate</i>	98
Anti-HIV Agents, Protease		Antiparkinson Agents, Other. 93		ASHLYNA.....	202
Inhibitors (PI).....	109	Antiprotozoals.....	91	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	133
Anti-inflammatories, Inhaled		ANTIPSYCHOTICS.....	95	ASTAGRAF XL.....	231
Corticosteroids.....	252	Antipsychotics.....	103	<i>atazanavir sulfate</i>	109
Anti-influenza Agents.....	113	Antispasmodics,		<i>atenolol</i>	139
Antiandrogens.....	69	Gastrointestinal.....	182	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	145
Antiangiogenic Agents.....	70	Antispasmodics, Urinary... 191		<i>atomoxetine hcl</i>	155,156
Antiarrhythmics.....	137			<i>atorvastatin calcium</i>	150

<i>atovaquone</i>	91			BICILLIN C-R.....	37
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	91	B		BICILLIN L-A.....	37
<i>atropine 1% eye drop</i>	246	<i>bacitracin-polymyxin</i>	247	BIKTARVY.....	105
ATROVENT HFA.....	254	<i>baclofen</i>	104	<i>bimatoprost</i>	251
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents,		BALCOLTRA.....	202	BIMZELX.....	225
Amphetamines.....	154	<i>balsalazide disodium</i>	242	BIMZELX AUTOINJECTOR	225
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-		BALVERSA.....	75	BIPOLAR AGENTS.....	116
amphetamines.....	155	BALZIVA.....	202	<i>bisoprolol fumarate</i>	139
ATTRUBY.....	145	BAQSIMI.....	122	<i>bisoprolol-</i>	
AUBRA.....	202	BARACLUDGE.....	111	<i>hydrochlorothiazide</i>	145
AUBRA EQ.....	202	BAXDELA.....	40	BIVIGAM.....	222
AUGTYRO.....	72	<i>bcg vaccine (tice strain)</i>	237	BLISOVI 24 FE.....	202
AUSTEDO.....	157	<i>benazepril hcl</i>	136	BLISOVI FE.....	202
AUSTEDO XR.....	158	<i>benazepril-</i>		BLOOD GLUCOSE	
AUSTEDO XR TITRATION		<i>hydrochlorothiazide</i>	145	REGULATORS.....	117
KT(WK1-4).....	158	Benign Prostatic Hypertrophy Agents.....	192	BLOOD PRODUCTS AND	
AUVELITY.....	52	BENLYSTA.....	225	MODIFIERS.....	127
AVIANE.....	202	Benzodiazepines.....	115	Blood Products and Modifiers, Other.....	130
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	72	<i>benztropine mesylate</i>	93	BLUJEPa.....	32
AVONEX.....	159	<i>besifloxacin hcl</i>	247	BONSITY.....	244
AVONEX (4 PACK).....	159	BESREMI.....	231	BOOSTRIX TDAP.....	237
AVONEX PEN.....	160	Beta-adrenergic Blocking Agents.....	139	<i>bosentan</i>	258
AVONEX PEN (4 PACK)....	160	Beta-lactam, Cephalosporins	34	BOSULIF.....	75
AVYCAZ.....	34	Beta-lactam, Penicillins.....	36	BRAFTOVI.....	75
AYVAKIT.....	74	<i>betaine anhydrous</i>	186	BREO ELLIPTA.....	261
AZASAN.....	231	<i>betamethasone diprop</i>		BREYNA.....	261
AZASITE.....	247	<i>augmented</i>	165	BREZTRI AEROSPHERE..	261
<i>azathioprine</i>	231	<i>betamethasone</i>		BRIELLYN.....	202
<i>azelaic acid</i>	164	<i>dipropionate</i>	165	BRILINTA.....	133
<i>azelastine hcl</i>	248,253	<i>betamethasone valerate</i>	165	<i>brimonidine tartrate</i>	251
<i>azithromycin</i>	39	BETASERON 0.3 MG		<i>brimonidine tartrate-timolol</i> .	251
<i>azithromycin 250 mg tablet</i>		INJECTION.....	160	BRINSUPRI.....	261
(dose pack).....	39	<i>betaxolol hcl</i>	139,250	<i>brinzolamide</i>	251
<i>azithromycin 500 mg tablet</i>		<i>bethanechol chloride</i>	192	<i>brivaracetam</i>	42
(dose pack).....	39	BETOPTIC S.....	250	<i>bromfenac sodium</i>	248
<i>aztreonam</i>	31	<i>bexarotene</i>	90	<i>bromocriptine mesylate</i>	93
AZURETTE.....	202	BEXSERO.....	237	Bronchodilators,	
		BEYAZ.....	202	Anticholinergic.....	254
		<i>bicalutamide</i>	69		

Bronchodilators, Sympathomimetic	254	CAPLYTA	98	Central Nervous System Agents, Other	157
BRUKINSA	75	CAPRELSA	76	<i>cephalexin</i>	36
<i>budesonide</i>	243,253	<i>carbamazepine</i>	48	<i>cevimeline hcl</i>	162
<i>budesonide dr</i>	243	<i>carbamazepine er</i>	49	CHEMET	174
<i>budesonide ec</i>	243	Carbapenems	39	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	115
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	261	<i>carbidopa</i>	94	<i>chlorhexidine gluconate</i>	162
<i>bumetanide</i>	148	<i>carbidopa-levodopa</i>	94	<i>chloroquine phosphate</i>	92
<i>buprenorphine hcl</i>	29	<i>carbidopa-levodopa er</i>	95	<i>chlorpromazine hcl</i>	95
<i>buprenorphine-naloxone</i>	29	<i>carbidopa-levodopa- entacapone</i>	93	CHOLBAM	186
<i>bupropion hcl</i>	52	CARDAMYST	141	<i>cholestyramine</i>	151
<i>bupropion hcl sr</i>	30,53	CARDIOVASCULAR AGENTS	135	<i>cholestyramine light</i>	151
<i>bupropion xl</i>	53	Cardiovascular Agents, Other	144	Cholinesterase Inhibitors	51
<i>buspirone hcl</i>	115	<i>carglumic acid</i>	172	<i>ciclopirox</i>	170
<i>butalbital-acetaminophen- caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	23	<i>carisoprodol</i>	263	<i>cilostazol</i>	134
C		<i>carteolol hcl</i>	250	CILOXAN	247
<i>cabergoline</i>	218	CARTIA XT	142	CIMDUO	107
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	134	<i>carvedilol</i>	139	<i>cimetidine</i>	184
CABOMETYX	75	<i>casprofungin acetate</i>	61	CIMZIA (2 PACK)	232
<i>calcipotriene</i>	168	CAYSTON	256	CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	232
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists	65	<i>cefaclor</i>	34	<i>cinacalcet hcl</i>	244
<i>calcitonin-salmon</i>	244	<i>cefadroxil</i>	34	CINRYZE	221
<i>calcitriol</i>	244	<i>cefazolin sodium</i>	34	<i>ciprofloxacin hcl</i>	40,247
<i>calcium acetate</i>	179	<i>cefdinir</i>	34	<i>ciprofloxacin-d5w</i>	40
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines	141	<i>cefepime hcl</i>	34	<i>ciprofloxacin- dexamethasone</i>	252
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines	141	<i>cefixime</i>	35	<i>ciprofloxacin- hydrocortisone</i>	252
Calcium Channel Modifying Agents	45	<i>cefotetan</i>	35	<i>citalopram hbr</i>	54
CALQUENCE	75	<i>cefoxitin</i>	35	<i>cladribine</i>	160
CAMILA	213	<i>cefpodoxime proxetil</i>	35	CLARAVIS	164
CAMRESE LO	202	<i>cefprozil</i>	35	<i>clarithromycin</i>	40
CAMZYOS	145	<i>ceftaroline fosamil</i>	35	CLEOCIN	170
<i>candesartan cilexetil</i>	136	<i>ceftazidime</i>	35	CLIMARA PRO	203
		<i>ceftriaxone</i>	35	<i>clindamycin (pediatric)</i>	32
		<i>cefuroxime</i>	35	<i>clindamycin 1% gel</i>	170
		<i>cefuroxime sodium</i>	36	<i>clindamycin hcl</i>	32
		<i>celecoxib</i>	24	<i>clindamycin pediatric</i>	32
		CELLCEPT	231		
		CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS	154		

<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>164	CORTROPHIN.....193	<i>dapsone</i> 68
<i>clindamycin phosphate</i> .. 32,171	CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML.....193	DAPTACEL DTAP..... 237
<i>clindamycin phosphate-d5w</i> .. 32	COSENTYX (2 SYRINGES)225	<i>daptomycin</i> 32
CLINIMIX..... 175	COSENTYX SENSOREADY (2 PENS).....225	<i>darifenacin er</i>191
CLINIMIX E..... 175	COSENTYX SENSOREADY PEN.....225	<i>darunavir</i> 109
CLINISOL.....175	COSENTYX SYRINGE..... 226	<i>dasatinib</i> 76
CLINOLIPID..... 175	COSENTYX UNOREADY PEN.....226	DAURISMO..... 76,77
<i>clobazam</i> 45	COTELLIC..... 76	DAWNZERA..... 221
<i>clobetasol emollient</i>165	CRENESSITY..... 195	DAYBUE..... 186
<i>clobetasol propionate</i> 165	CREON.....186	DAYBUE STIX..... 186,187
<i>clomipramine hcl</i> 58	CRESEMBA..... 62	DEBLITANE.....213
<i>clonazepam</i> 46	CRINONE..... 213	<i>deferasirox</i> 174
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i> ... 46	<i>cromolyn sodium</i> 248,257	<i>deferiprone</i> 174
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i> 46	CROTAN..... 170	<i>deferiprone (3 times a day)</i> .174
<i>clonazepam 1 mg odt</i> 46	CRYSELLE..... 203	<i>deflazacort</i>194
<i>clonidine</i> 135	CTEXLI..... 186	DELSTRIGO..... 106
<i>clonidine hcl</i> 135	<i>cyclobenzaprine hcl</i> 263	<i>demeclocycline hcl</i> 41
<i>clonidine hcl er</i>156	<i>cyclophosphamide</i> 69	DENTAL AND ORAL AGENTS..... 162
<i>clopidogrel</i> 134	<i>cyclosporine</i>232,246	Dental and Oral Agents.....162
<i>clorazepate dipotassium</i> 46	<i>cyclosporine modified</i>232	DEPO-ESTRADIOL..... 199
<i>clotrimazole</i> 62	<i>cyproheptadine hcl</i> 253	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....213
<i>clotrimazole-betamethasone</i> 168	CYRED..... 203	Dermatitis and Pruritus Agents.....164
<i>clozapine</i> 104	CYRED EQ..... 203	DERMATOLOGICAL AGENTS..... 163
<i>clozapine odt</i>104	CYSTAGON..... 186	Dermatological Agents, Other..... 168
COARTEM..... 92	CYSTARAN.....186	DESCOVY.....107
COBENFY.....103	Cystic Fibrosis Agents..... 256	<i>desipramine hcl</i> 58
COBENFY STARTER PACK.....104		<i>desloratadine</i>253
<i>codeine sulfate</i>27	D	<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>196
<i>colchicine</i> 64	<i>dabigatran etexilate</i> 127	<i>desmopressin acetate</i> 196
<i>colesevelam hcl</i> 117,151	<i>dalbavancin hcl</i> 32	<i>desogestr-eth estrad eth estra</i>203
<i>colestipol hcl</i> 151	<i>dalfampridine er</i>160	<i>desonide</i> 165
<i>colistimethate</i> 32	<i>danazol</i> 198	<i>desoximetasone</i>166
COMBIPATCH.....203	<i>dantrolene sodium</i> 104	<i>desvenlafaxine er</i>54
COMBIVENT RESPIMAT...261	DANZITEN..... 76	<i>desvenlafaxine succinate er</i> . 54
COMETRIQ..... 76	<i>dapagliflozin</i> 117	
<i>conjugated estrogens</i> 199	<i>dapagliflozin-metformin er</i>117,118	
CONSTULOSE..... 180		
COPIKTRA..... 76		

<i>dexamethasone</i>	194	<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	142	<i>duloxetine hcl</i>	55
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	249	<i>diltiazem hcl</i>	143	DUPIXENT PEN.....	226
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	154	<i>dimethyl fumarate</i>	160	DUPIXENT SYRINGE.....	226
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	155	<i>diphenoxylate-atropine</i>	182	<i>dutasteride</i>	192
<i>dextroamphetamine-amphet er</i>	155	<i>dipyridamole</i>	134	DUVYZAT.....	187
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>	154,155	<i>disopyramide phosphate</i>	138	Dyslipidemics, Fibrin Acid Derivatives.....	149
<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i>	175	<i>disulfiram</i>	29	Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors.....	150
<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i>	176	Diuretics, Loop.....	148	Dyslipidemics, Other.....	151
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i>	176	Diuretics, Potassium-sparing.....	149	E	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>	176	Diuretics, Thiazide.....	149	<i>ec-naproxen</i>	25
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i>	176	<i>divalproex sodium</i>	43	<i>econazole nitrate</i>	171
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	176	<i>divalproex sodium er</i>	43	EDURANT.....	106
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	176	<i>dofetilide</i>	138	EDURANT PED.....	106
<i>dextrose in water</i>	176	DOJOLVI.....	174	<i>efavirenz</i>	106
DIACOMIT.....	42	DOLISHALE.....	203	<i>efavirenz-emtricitenofovir disoproxil fumarate</i>	106
<i>diazepam</i>	46,116	<i>donepezil hcl</i>	51	<i>efavirenz-emtricitenofovir disoproxil fumarate</i>	107
<i>diazoxide</i>	122	<i>donepezil hcl odt</i>	51	EGRIFTA SV.....	196
<i>dichlorphenamide</i>	187	Dopamine Agonists.....	93	EGRIFTA WR.....	196
<i>diclofenac epolamine</i>	24	Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors.....	94	Electrolyte/Mineral Replacements.....	172
<i>diclofenac potassium</i>	24	DOPTLET.....	134	Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers.....	174
<i>diclofenac sodium</i>	24,168,249	<i>dorzolamide hcl</i>	251	ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	172
<i>diclofenac sodium er</i>	24	<i>dorzolamide-timolol</i>	246	Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins.....	175
<i>dicloxacillin sodium</i>	37	DOTTI.....	199	ELIGARD.....	218
<i>dicyclomine hcl</i>	182	DOVATO.....	105	ELIGARD 22.5 MG SYRINGE.....	218
DIFICID.....	40	<i>doxazosin mesylate</i>	135	ELIGARD 30 MG SYRINGE.....	218
<i>diflorasone diacetate</i>	166	<i>doxepin hcl</i>	58,166	ELIGARD 45 MG SYRINGE.....	218
<i>difluprednate</i>	249	<i>doxercalciferol</i>	244	ELIGARD 7.5 MG SYRINGE.....	218
<i>digoxin</i>	138,145	DOXY 100.....	41	ELIQUIS.....	127
<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	138	<i>doxycycline hyclate</i>	41,163		
<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	138	<i>doxycycline monohydrate</i>	42		
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	66	DRIZALMA SPRINKLE.....	54		
DILANTIN.....	49	<i>dronabinol</i>	61		
DILANTIN-125.....	49	<i>drospirenone-eth estradiol</i>	203		
DILT-XR.....	142	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	203		
<i>diltiazem 12hr er</i>	142	<i>droxidopa</i>	135		
<i>diltiazem 24hr er</i>	142	DUAVEE.....	215		
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	142				

ELMIRON.....	192	<i>eplerenone</i>	152	<i>exemestane</i>	74
<i>eltrombopag olamine</i>	131	EPOGEN.....	131	EXXUA.....	55
ELURYNG.....	203	ERAXIS.....	62	EYSUVIS.....	249
ELYXYB.....	65	Ergot Alkaloids.....	66	<i>ezetimibe</i>	151
Emetogenic Therapy		ERIVEDGE.....	77	F	
Adjuncts.....	60	ERLEADA.....	69,70	FABHALTA.....	224
EMGALITY 300 MG (100 MG X		<i>erlotinib hcl</i>	77	FALMINA.....	204
3 SYRINGE).....	66	ERRIN.....	213	<i>famciclovir</i>	114
EMGALITY PEN.....	65	<i>ertapenem</i>	39	<i>famotidine</i>	184
EMGALITY SYRINGE.....	66	ERYTHROCIN		FANAPT.....	99
EMPAVELI.....	226	LACTOBIONATE.....	40	FARXIGA.....	118
EMSAM.....	53	<i>erythromycin</i>	40,171,247	FASENRA.....	261
<i>emtricitabine</i>	108	<i>erythromycin-benzoyl</i>		FASENRA PEN.....	261
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenof</i> .107		<i>peroxide</i>	164	<i>febuxostat</i>	64
<i>emtricitabine-tenofovir</i>		ERZOFRI.....	98,99	FEIRZA.....	204
<i>disop</i>	108	<i>escitalopram oxalate</i>	55	<i>felbamate</i>	43
EMTRIVA.....	108	<i>eslicarbazepine acetate</i>	49	<i>felodipine er</i>	141
<i>enalapril maleate</i>	136	<i>esomeprazole magnesium</i>	185	FEMLYV.....	204
<i>enalapril-</i>		ESTARYLLA.....	203	FEMRING.....	200
<i>hydrochlorothiazide</i>	145	ESTRACE.....	199	<i>fenofibrate</i>	149
ENBREL.....	232	<i>estradiol</i>	199	<i>fenofibric acid</i>	150
ENBREL MINI.....	232	<i>estradiol (once weekly)</i>	200	<i>fentanyl</i>	26
ENBREL SURECLICK.....	232	<i>estradiol (twice weekly)</i>	200	FERRIPROX.....	174
ENGERIX-B ADULT.....	237	<i>estradiol valerate</i>	200	<i>fesoterodine fumarate er</i> ... 191	
ENGERIX-B PEDIATRIC-		<i>estradiol-norethindrone</i>		FETZIMA.....	55
ADOLESCENT.....	238	<i>acetat</i>	204	FIASP.....	124
ENILLORING.....	203	ESTRING.....	200	FIASP FLEXTOUCH.....	124
<i>enoxaparin sodium</i>	127,128	Estrogens.....	199	FIASP PENFILL.....	124
ENPRESSE.....	203	<i>eszopiclone</i>	264	Fibromyalgia Agents.....	159
ENSACOVE.....	77	<i>ethambutol hcl</i>	68	<i>fidaxomicin</i>	40
ENSKYCE.....	203	<i>ethosuximide</i>	45	FILSPARI.....	146
ENSPRYNG.....	160	<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i> . 204		FILSUVEZ.....	168
<i>entacapone</i>	93	<i>etodolac</i>	25	<i>finasteride</i>	192
<i>entecavir</i>	111	<i>etonogestrel-ethinyl</i>		<i>finolimid</i>	160
ENTRESTO.....	145	<i>estradiol</i>	204	FINTEPLA.....	43
ENTRESTO SPRINKLE.....	145	<i>etravirine</i>	107	FINZALA.....	204
ENULOSE.....	180	EUCRISA.....	168	FIRMAGON.....	218
EPCLUSA.....	112	EULEXIN.....	70	FLAREX.....	249
EPIDIOLEX 100 MG/ML		EUTHYROX.....	215	<i>flavoxate hcl</i>	191
SOLUTION.....	43	<i>everolimus</i>	77,232	<i>flecainide acetate</i>	138
<i>epinephrine</i>	255	EVOTAZ.....	109		

<i>fluconazole</i>	62	<i>galantamine er</i>	51	GENITOURINARY
<i>fluconazole in saline</i>	62	<i>galantamine hbr</i>	51	AGENTS.....
<i>fluconazole-nacl</i>	62	<i>galantamine hydrobromide</i>	51	Genitourinary Agents,
<i>flucytosine</i>	62	GALBRIELA.....	204	Other.....
<i>fludrocortisone acetate</i>	194	GALLIFREY.....	213	GENOTROPIN.....
<i>flunisolide</i>	253	Gamma-Aminobutyric Acid		<i>gentamicin sulfate</i>
<i>fluocinolone acetonide</i>	166	(GABA) Modulating Agents..	45	<i>gentamicin sulfate in ns</i>
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	252	GAMMAGARD LIQUID.....	222	GENVOYA.....
<i>fluocinonide</i>	166	GAMMAGARD LIQUID		GILENYA.....
<i>fluocinonide-e</i>	166	ERC.....	222	GILOTRIF.....
<i>fluoride</i>	172	GAMMAGARD S-D.....	222	GIMOTI.....
<i>fluorometholone</i>	249	GAMMAKED.....	222	GLASSIA.....
<i>fluorouracil</i>	168	GAMMAPLEX.....	222	<i>glatiramer acetate</i>
<i>fluoxetine hcl</i>	55,56	GAMUNEX-C.....	223	GLATOPA.....
<i>fluphenazine decanoate</i>	95	GARDASIL 9.....	238	<i>glimepiride</i>
<i>fluphenazine hcl</i>	95	GASTROINTESTINAL		<i>glipizide</i>
<i>flurbiprofen sodium</i>	249	AGENTS.....	180	<i>glipizide er</i>
<i>fluticasone propionate</i>	166,253	Gastrointestinal Agents,		<i>glipizide xl</i>
<i>fluticasone propionate hfa</i>	262	Other.....	183	<i>glipizide-metformin</i>
<i>fluticasone-salmeterol</i>	262	<i>gatifloxacin</i>	247	GLOPERBA.....
<i>fluticasone-salmeterol hfa</i>	262	GATTEX 5 MG INJECTION.....	183	GLUCAGON 1 MG
<i>fluvoxamine maleate</i>	56	<i>gauze pads & dressings - pads</i>		EMERGENCY KIT.....
FML FORTE.....	249	2 x 2.....	265	Glucocorticoids.....
<i>fondaparinux sodium</i>	128	GAVILYTE-C.....	183	<i>glucose 5%-0.9% nacl</i>
FORZINITY.....	187	GAVILYTE-G.....	183	<i>glucose in water</i>
<i>fosamprenavir calcium</i>	110	GAVILYTE-N.....	183	<i>glyburide</i>
<i>fosfomycin tromethamine</i>	32	GAVRETO.....	77	<i>glyburide-metformin hcl</i>
<i>fosinopril sodium</i>	137	<i>gefitinib</i>	78	Glycemic Agents.....
<i>fosinopril-</i>		<i>gemfibrozil</i>	150	<i>glycerol phenylbutyrate</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	146	GEMMILY.....	204	<i>glycopyrrolate</i>
FOTIVDA.....	77	GEMTESA.....	191	GOLYTELY.....
FRAGMIN.....	128,129	GENERLAC.....	180	GOMEKLI.....
FRUZAQLA.....	77	GENETIC, ENZYME, OR		<i>granisetron hcl</i>
FULPHILA.....	131	PROTEIN DISORDER:		GRANIX.....
<i>furosemide</i>	148	REPLACEMENT, MODIFIERS,		GRASTEK.....
FYAVOLV.....	204	TREATMENT.....	185	<i>griseofulvin</i>
FYLNETRA.....	131	Genetic, Enzyme, or Protein		<i>griseofulvin ultramicrosize</i>
		Disorder: Replacement,		<i>guanfacine hcl</i>
		Modifiers, Treatment.....	185	<i>guanfacine hcl er</i>
<i>gabapentin</i>	46,47	GENGRAF.....	232	GVOKE.....
GALAFOLD.....	187			

GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	123	HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS) .	198	HUMULIN 70-30.....	124
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	123	Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifyi		HUMULIN 70/30 KWIKPEN	125
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	123	ng (Sex Hormones/Modifiers),		HUMULIN N.....	125
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	123	Other.....	201	HUMULIN N KWIKPEN....	125
		HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)...	215	HUMULIN R.....	125
H		Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifyi		<i>hydralazine hcl</i>	153
HAEGARDA.....	221	HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	218	<i>hydrochlorothiazide</i>	149
HAILEY 24 FE.....	204	Hormonal Agents, Suppressant		<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	23
HAILEY FE.....	205	(Adrenal or Pituitary).....	218	<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	23
<i>halobetasol propionate</i>	166	HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT		<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325mg</i>	23
<i>haloperidol</i>	96	(THYROID).....	220	<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	23
<i>haloperidol decanoate</i>	96	HUMALOG.....	124	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	23
<i>haloperidol decanoate 100</i>	96	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	124	<i>hydrocortisone</i>	166,243
<i>haloperidol lactate</i>	96	HUMALOG KWIKPEN U-100.....	124	<i>hydrocortisone butyrate</i>	167
HAVRIX.....	238	HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	124	<i>hydrocortisone valerate</i>	167
HEATHER.....	213	HUMALOG MIX 75-25.....	124	<i>hydromorphone hcl</i>	27
HEMADY.....	90	HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	124	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ..	92
Hemostasis Agents.....	133	HUMATROPE.....	196	<i>hydroxyurea</i>	72
<i>heparin sodium</i>	129	HUMIRA.....	233	<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral solution</i>	115
HEPLISAV-B.....	238	HUMIRA PEN.....	233	<i>hydroxyzine hcl</i>	115
HERNEXEOS.....	78	HUMIRA(CF).....	233	<i>hydroxyzine pamoate</i>	115
HIBERIX VACCINE.....	238	HUMIRA(CF) PEN.....	233	HYFTOR.....	234
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists.....	184	HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS.....	233	HYRNUO.....	78
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)...	193	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS.....	234		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifyi				<i>ibandronate sodium</i>	244
ng (Adrenal).....	193			IBRANCE.....	78
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY) .	195			IBTROZI.....	78
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifyi				IBU.....	25
ng (Pituitary).....	195			<i>ibuprofen</i>	25
				<i>icatibant</i>	221
				ICLEVIA.....	205
				ICLUSIG.....	78
				<i>icosapent ethyl</i>	151
				IDHIFA.....	79
				ILUMYA.....	226

<i>imatinib mesylate</i>	79	<i>insulin glargine-yfgn</i>	125	<i>isosorbide mononit er 60 mg</i>	
IMBRUVICA.....	79	<i>insulin lispro</i>	125	<i>tb</i>	153
<i>imipenem-cilastatin sodium</i> ..	39	<i>insulin lispro junior kwikpen</i> .	126	<i>isosorbide mononitrate er</i> ..	153
<i>imipramine hcl</i>	59	<i>insulin lispro kwikpen u-100</i> .	125	<i>isotretinoin</i>	164
<i>imiquimod</i>	168	<i>insulin lispro protamine mix</i> .	126	ISTURISA.....	197
IMKELDI.....	79	<i>insulin pen needle</i>	265	ITOVEBI.....	79,80
Immunoglobulins.....	222	<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3</i>		<i>itraconazole</i>	63
IMMUNOLOGICAL		<i>ml</i>	265	<i>ivabradine hcl</i>	146
AGENTS.....	221	<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2</i>		<i>ivermectin</i>	91
Immunological Agents.....	224	<i>ml</i>	265	IWILFIN.....	72
Immunological Agents,		<i>insulin syringe (disp) u-100</i>		IXIARO VACCINE.....	238
Other.....	224	<i>1ml</i>	265		
Immunostimulants.....	231	Insulins.....	124	J	
Immunosuppressants.....	231	INTELENCE.....	107	JAIMIESS.....	205
IMOVAX RABIES		INTRALIPID.....	176	JAKAFI.....	80
VACCINE.....	238	INTRAROSA.....	205	<i>jantoven</i>	129
IMPAVIDO.....	92	INTROVALE.....	205	JANUMET.....	119
IMVEXXY.....	200	INVEGA HAFYERA.....	99	JANUMET XR.....	119,120
INCASSIA.....	213	INVEGA SUSTENNA.....	99,100	JANUVIA.....	120
INCRELEX.....	196	INVEGA TRINZA.....	100	JARDIANCE.....	120
<i>indapamide</i>	149	INVOKAMET.....	119	JASCAYD.....	260
<i>indomethacin</i>	25	INVOKAMET XR.....	119	JASMIEL.....	205
INFANRIX DTAP VACCINE	238	INVOKANA.....	119	JAVYGTOR.....	187
INFLAMMATORY BOWEL		IOPIDINE.....	251	JAYPIRCA.....	80
DISEASE AGENTS.....	242	IPOL.....	238	JAYTHARI.....	194
INGREZZA.....	158	<i>ipratropium bromide</i>	254	JINTELI.....	205
INGREZZA INITIATION		<i>ipratropium-albuterol</i>	262	JOENJA.....	187
PK(TARDIV).....	158	IQRVO.....	183	JOURNAVX.....	23
INGREZZA SPRINKLE.....	158	<i>irbesartan</i>	136	JOYEAUX.....	205
INLURIYO.....	71	<i>irbesartan-</i>		JULEBER.....	205
INLYTA.....	79	<i>hydrochlorothiazide</i>	146	JULUCA.....	106
INQOVI.....	72	ISENTRESS.....	105	JUNEL.....	205
INREBIC.....	79	ISENTRESS HD.....	106	JUNEL FE.....	205
<i>insulin aspart</i>	125	ISIBLOOM.....	205	JUNEL FE 24.....	206
<i>insulin aspart flexpen</i>	125	ISOLYTE P WITH		JUXTAPID.....	151
<i>insulin aspart penfill</i>	125	DEXTROSE.....	176	JYLAMVO.....	234
<i>insulin aspart prot mix 70-</i>		ISOLYTE S.....	172	JYNNEOS VACCINE.....	238
<i>30</i>	125	<i>isoniazid</i>	68		
<i>insulin glargine max</i>		<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml</i>		K	
<i>solostar</i>	125	<i>medicated pad</i>	265	KAITLIB FE.....	206
<i>insulin glargine solostar</i>	125	<i>isosorbide dinitrate</i>	153	KALETRA.....	110

KALYDECO	256	<i>lamotrigine (blue)</i>	43	<i>levonorg-eth estrad-fe</i>	
KARIVA	206	<i>lamotrigine (green)</i>	43	<i>bisglyc</i>	206
<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i>	177	<i>lamotrigine (orange)</i>	43	<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	207
<i>kcl-d5w-0.225% nacl</i>	177	<i>lansoprazol-amoxicil-</i>		<i>levorphanol tartrate</i>	26
<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	177	<i>clarithro</i>	183	<i>levothyroxine sodium</i>	215
<i>kcl-d5w-0.9% nacl</i>	177	<i>lansoprazole</i>	185	LEVOXYL	216
KELNOR 1-35	206	LANTUS	126	<i>lidocaine</i>	28
KERENDIA	152	LANTUS SOLOSTAR	126	<i>lidocaine hcl</i>	28
<i>ketoconazole</i>	63	<i>lapatinib</i>	81	<i>lidocaine hcl viscous</i>	28
<i>ketorolac tromethamine</i>	249	LARIN	206	<i>lidocaine-prilocaine</i>	28
KEVZARA	226	LARIN FE	206	LILETTA	207
KINERET	226	<i>latanoprost</i>	251	<i>linezolid</i>	32
KINRIX VACCINE	239	LAYOLIS FE	206	<i>linezolid-d5w</i>	33
KIONEX	179	LAZCLUZE	81	LINZESS	181
KISQALI	80	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	112	LIOMNY	216
KISQALI FEMARA CO-		<i>leflunomide</i>	234	<i>liothyronine sodium</i>	216
PACK	72	<i>lenalidomide</i>	70	<i>lisinopril</i>	137
KLAYESTA	63	LENVIMA	81	<i>lisinopril-</i>	
KLOR-CON 10	172	LEQEMBI IQLIK	51	<i>hydrochlorothiazide</i>	146
KLOR-CON 8	172	LEQSELVI	227	LITFULO	227
KLOXXADO	30	LESSINA	206	<i>lithium carbonate</i>	116
KOMZIFTI	73	<i>letrozole</i>	74	<i>lithium carbonate er</i>	117
KOSELUGO	80	<i>leucovorin calcium</i>	91	<i>lithium citrate</i>	117
KOURZEQ	163	LEUKERAN	69	LITHOSTAT	193
KRAZATI	81	LEUKINE	231	LIVTENCITY	111
KRINTAFEL	92	<i>leuprolide acetate</i>	218	LO LOESTRIN FE	207
KRISTALOSE	180	<i>leuprolide depot</i>	218	Local Anesthetics	28
KURVELO	206	<i>levabuterol concentrate</i>	255	LOESTRIN	207
KYLEENA	206	<i>levabuterol hcl</i>	255	LOESTRIN FE	207
KYMBEE	194	<i>levabuterol tartrate hfa</i>	255	<i>lofexidine hcl</i>	29
		<i>levetiracetam</i>	44	LOJAIMIESS	207
		<i>levetiracetam er</i>	44	LOKELMA	179
<i>l-glutamine</i>	187	<i>levobunolol hcl</i>	250	<i>lomustine</i>	69
<i>labetalol hcl</i>	140	<i>levocarnitine</i>	177	LONSURF	73
<i>lacosamide</i>	49	<i>levocetirizine</i>		<i>loperamide</i>	182
<i>lactulose</i>	181	<i>dihydrochloride</i>	253	<i>lopinavir-ritonavir</i>	110
LAGEVRIO (EUA)	114	<i>levofloxacin</i>	40	<i>lorazepam</i>	116
<i>lamivudine</i>	108	<i>levofloxacin-d5w</i>	41	LORAZEPAM INTENSOL	116
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	111	LEVONEST	206	LORBRENA	81
<i>lamivudine-zidovudine</i>	108	<i>levonorg-eth estrad eth</i>		LORYNA	207
<i>lamotrigine</i>	43	<i>estrad</i>	206	<i>losartan potassium</i>	136

<i>losartan-</i>	<i>meclizine hcl</i>	59	<i>methylphenidate er (la)</i>	156
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>medroxyprogesterone</i>		<i>methylphenidate hcl</i>	156,157
LOTEMAX.....	<i>acetate</i>	214	<i>methylphenidate hcl cd</i>	157
<i>loteprednol etabonate</i>	<i>mefloquine hcl</i>	92	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	157
<i>lovastatin</i>	<i>megestrol acetate</i>	214	<i>methylphenidate la</i>	157
LOW-OGESTREL.....	<i>megestrol acetate 40mg/ml oral</i>		<i>methylphenidate sr</i>	157
<i>loxapine</i>	<i>suspension</i>	214	<i>methylprednisolone</i>	194
<i>lubiprostone</i>	MEKINIST.....	82	<i>methyltestosterone</i>	198
LUIZZA.....	MEKTOVI.....	82	<i>metoclopramide hcl</i>	60
LUMAKRAS.....	MELEYA.....	214	<i>metolazone</i>	149
LUMIGAN.....	<i>meloxicam</i>	25	<i>metoprolol succinate</i>	140
LUPKYNIS.....	<i>memantine hcl</i>	52	<i>metoprolol tartrate</i>	140
LUPRON DEPOT.....	<i>memantine hcl er</i>	52	<i>metoprolol-</i>	
LUPRON DEPOT	MENACTRA.....	239	<i>hydrochlorothiazide</i>	146
(LUPANETA).....	MENOSTAR.....	201	<i>metronidazole</i>	33
LUPRON DEPOT-PED.....	MENQUADFI.....	239	<i>metyrosine</i>	146
<i>lurasidone hcl</i>	MENVEO VACCINE.....	239	<i>mexiletine hcl</i>	138
LUTERA.....	<i>meperidine hcl</i>	27	MIBELAS 24 FE.....	208
LYBALVI.....	<i>meprobamate</i>	115	<i>micafungin</i>	63
LYLEQ.....	<i>mercaptapurine</i>	71	<i>miconazole 3</i>	63
LYLLANA.....	<i>meropenem</i>	39	MICROGESTIN.....	208
LYNPARZA.....	<i>mesalamine</i>	242	MICROGESTIN FE.....	208
LYSODREN.....	<i>mesalamine dr</i>	242	<i>midodrine hcl</i>	135
LYTGOBI.....	<i>mesalamine er</i>	242	<i>mifepristone</i>	219
LYZA.....	<i>mesna</i>	91	MIGERGOT.....	66
	METABOLIC BONE DISEASE		<i>miglustat</i>	187
	AGENTS.....	243	MILI.....	208
M	Metabolic Bone Disease		<i>milnacipran hcl</i>	159
M-M-R II VACCINE.....	Agents.....	243	MIMVEY.....	208
Macrolides.....	<i>metformin hcl</i>	120	Mineralocorticoid Receptor	
<i>magnesium sulfate</i>	<i>metformin hcl er</i>	120	Antagonists.....	152
<i>malathion</i>	<i>methadone hcl</i>	26	<i>minocycline hcl</i>	42
<i>maraviroc</i>	<i>methazolamide</i>	251	<i>minoxidil</i>	153
MARLISSA.....	<i>methimazole</i>	220	MINZOYA.....	208
MARPLAN.....	<i>methocarbamol</i>	263	MIPLYFFA.....	188
Mast Cell Stabilizers.....	<i>methotrexate</i>	234	MIRENA.....	208
MATERNACEL.....	<i>methotrexate sodium</i>	234	<i>mirtazapine</i>	53
MATERVIA.....	<i>methoxsalen</i>	168	<i>misoprostol</i>	184
MATULANE.....	<i>methsuximide</i>	45	<i>modafinil</i>	265
MAVENCLAD.....	<i>methylphenidate</i>	156	MODEYSO.....	82
MAVYRET.....	<i>methylphenidate er</i>	156,157	<i>moexipril hcl</i>	137
MAYZENT.....				

Molecular Target Inhibitors	74	<i>naltrexone hcl</i>	29	NICOTROL NS	30
<i>molindone hcl</i>	96	<i>naproxen</i>	25	<i>nifedipine</i>	141
<i>mometasone furoate</i>	167	<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	66	<i>nifedipine er</i>	141
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors	95	<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	66	NIKKI	208
Monoamine Oxidase Inhibitors	53	NATACYN	248	<i>nilotinib d-tartrate</i>	83
<i>montelukast sodium</i>	254	NATAL PNV	178	<i>nilotinib hcl</i>	83
Mood Stabilizers	116	NATAZIA	208	<i>nilutamide</i>	70
<i>morphine sulfate</i>	27	<i>nateglinide</i>	120	<i>nimodipine</i>	141
<i>morphine sulfate er</i>	26	NAYZILAM	47	NINLARO	83
MOUNJARO	120	<i>nebivolol hcl</i>	140	<i>nintedanib esylate</i>	260
MOVANTIK	181	NECON	208	<i>nitazoxanide</i>	92
<i>moxifloxacin</i>	41,247	<i>needles, insulin disp., safety</i>	266	NITRO-BID	153
<i>moxifloxacin hcl</i>	41	<i>nefazodone hcl</i>	56	<i>nitrofurantoin</i>	33
MRESVIA	239	NEFFY	255	<i>nitrofurantoin mono-macro</i>	33
MULTAQ	138	NEO-VITAL RX	178	<i>nitroglycerin</i>	153
<i>multiple electrolytes t1 ph5.5</i>	172	NEOMATERNA	178	<i>nitroglycerin patch</i>	153
<i>multiple electrolytes t1 ph7.4</i>	172	<i>neomycin sulfate</i>	31	NITROSTAT	154
Multiple Sclerosis Agents	159	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	246	NIVESTYM	132
<i>mupirocin</i>	171	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i>	246	<i>nizatidine</i>	184
MYALEPT	183	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	246	Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs	24
<i>mycophenolate mofetil</i>	234	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	246	NORA-BE	214
<i>mycophenolic acid</i>	234	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	246,252	NORDITROPIN FLEXPRO	197
MYFEMBREE	219	<i>hydrocort</i>	252	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	208
MYFORTIC	235	NEORAL	235	<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>	209
MYHIBBIN	235	NERLYNX	82	<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>	209
MYQORZO	146	NEUAC	164	<i>norethindrone</i>	214
MYRBETRIQ	191	NEULASTA	132	<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	214
MYTESI	182	NEUPOGEN	132	<i>norethindrone acetate</i>	214
		NEUPRO	94	<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i>	209
N		NEVANAC	250	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	209
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist	52	<i>nevirapine</i>	107	NORTREL	209
<i>nabumetone</i>	25	<i>nevirapine er</i>	107	<i>nortriptyline hcl</i>	59
<i>nadolol</i>	140	NEXLETOL	147	NORVIR	110
<i>nafcillin sodium</i>	37	NEXLIZET	151	NOURIANZ	93
<i>naftifine hcl</i>	171	NEXPLANON	214	NOVOLIN 70-30	126
<i>naloxone hcl</i>	30	NEXTSTELLIS	208		
		<i>niacin er</i>	152		

NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	126	<i>olmesartan-</i>	ORENITRAM MONTH 2
NOVOLIN N	126	<i>hydrochlorothiazide</i>	TITRATION KT
NOVOLIN N FLEXPEN	126	OLUMIANT	259
NOVOLIN R	126	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	227
NOVOLIN R FLEXPEN	126	<i>omeprazole</i>	152
NOVOLOG	126	OMNITROPE	185
NOVOLOG FLEXPEN	127	OMVOH	197
NOVOLOG MIX 70-30	127	OMVOH PEN	227
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	127	ONAPGO	227
NOVOLOG PENFILL	127	<i>ondansetron hcl</i>	94
NUBEQA	70	<i>ondansetron odt</i>	61
NUCALA	262	ONGENTYS	61
NUDEXTA	158	ONUREG	93
NUPLAZID	100	OPHTHALMIC AGENTS	71
NURTEC ODT	66	Ophthalmic Agents, Other	246
NUTRILIPID	178	Ophthalmic Anti-allergy Agents	246
NUVARING	209	Ophthalmic Anti-Infectives	247
NYAMYC	63	Ophthalmic Anti-inflammatories	248
NYLIA	209	Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents	248
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION	141	Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other	250
<i>nystatin</i>	63	Opioid Analgesics, Long-acting	26
<i>nystatin-triamcinolone</i>	168	Opioid Analgesics, Short-acting	27
NYSTOP	63	Opioid Dependence	29
NYVEPRIA	132	Opioid Reversal Agents	30
O		OPIPZA	101
OCTAGAM	223	OPSUMIT	258
<i>octreotide acetate</i>	219	OPSYNVI	258
ODACTRA	224	OPVEE	30
ODEFSEY	108	ORENCIA	227
ODOMZO	83	ORENCIA CLICKJECT	227
<i>ofloxacin</i>	41,248,252	ORENITRAM ER	258
OGSIVEO	73	ORENITRAM MONTH 1	
OJEMDA	83	TITRATION KT	259
OJJAARA	83		
<i>olanzapine</i>	101		
<i>olanzapine odt</i>	101		
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	53		
<i>olmesartan medoxomil</i>	136		
		P	
		<i>paliperidone er</i>	101
		PALYNZIQ	188
		PANCREAZE	188
		PANRETIN	90
		<i>pantoprazole sodium</i>	185
		PANZYGA	223

Parasympathomimetics.....	67	<i>phenytoin</i>	50	<i>potassium chloride-water</i> ...	173
<i>paricalcitol</i>	244	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	50	<i>potassium citrate er</i>	173
<i>paroxetine hcl</i>	56	Phosphate Binders.....	179	<i>pramipexole dihydrochloride</i> ..	94
PAXLOVID.....	114	Phosphodiesterase Inhibitors,		<i>prasugrel hcl</i>	134
<i>pazopanib hcl</i>	83	Airways Disease.....	257	<i>pravastatin sodium</i>	150
PEDIARIX.....	239	PHYRAGO.....	84	<i>praziquantel</i>	91
Pediculicides/Scabicides...	170	PIFELTRO.....	107	<i>prazosin hcl</i>	135
PEDVAXHIB.....	239	<i>pilocarpine hcl</i>	163,246,251	PRED MILD.....	250
<i>peg 3350-electrolyte</i>	183	<i>pimecrolimus</i>	167	<i>prednisolone</i>	194
<i>peg-3350 and electrolytes</i> ..	183	<i>pimozide</i>	96	<i>prednisolone acetate</i>	250
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-</i>		PIMTREA.....	210	<i>prednisolone sodium</i>	
<i>c</i>	183	<i>pindolol</i>	140	<i>phosphate</i>	195
PEGASYS.....	231	<i>pioglitazone hcl</i>	121	<i>prednisone</i>	195
PEMAZYRE.....	84	<i>piperacillin-tazobactam</i>	38	PREDNISONE INTENSOL..	195
PENBRAYA VACCINE.....	239	PIQRAY.....	84	<i>pregabalin</i>	47
<i>penciclovir</i>	114	<i>pirfenidone</i>	260	<i>pregabalin er</i>	159
<i>penicillamine</i>	193	<i>piroxicam</i>	25	PREMARIN.....	201
<i>penicillin g potassium</i>	38	PLASMA-LYTE A.....	172	PREMASOL.....	178
<i>penicillin g sodium</i>	38	PLASMA-LYTE A PH 7.4...	172	PREMPHASE.....	210
<i>penicillin gk-iso-osm</i>		Platelet Modifying Agents...	133	PREMPRO.....	210
<i>dextrose</i>	38	PLENAMINE.....	188	<i>prenatal vitamin with minerals</i>	
<i>penicillin v potassium</i>	38	<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i> ..	56	<i>and folic acid greater than 0.8</i>	
PENMENVY MEN A-B-C-W-		<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i> ..	56	<i>mg oral tablet</i>	178
Y.....	239	<i>podofilox</i>	169	PREVALITE.....	152
PENTACEL VACCINE.....	240	<i>polymyxin b sul-</i>		PREVYMIS.....	111
<i>pentamidine isethionate</i>	92	<i>trimethoprim</i>	248	PREZCOBIX.....	110
PENTASA.....	242	<i>polymyxin b sulfate</i>	33	PREZISTA.....	110
<i>pentoxifylline</i>	147	<i>pomalidomide</i>	70	PRIFTIN.....	68
<i>perampanel</i>	44	PONVORY.....	161	<i>primaquine</i>	92
<i>perindopril erbumine</i>	137	PORTIA.....	210	<i>primidone</i>	48
<i>permethrin</i>	170	<i>posaconazole</i>	63	PRIORIX.....	240
<i>perphenazine</i>	96	Potassium Binders.....	179	PRIVIGEN.....	223
<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	53	<i>potassium chloride</i>	172	<i>probenecid</i>	65
PERSERIS.....	101	<i>potassium chloride in d5lr</i> ..	177	<i>probenecid-colchicine</i>	65
PERSERIS ER 90 MG		<i>potassium chloride proamp</i> ..	173	<i>prochlorperazine</i>	60
SYRINGE KIT.....	101	<i>potassium chloride-0.45%</i>		<i>prochlorperazine maleate</i> ...	60
PERTZYE.....	188	<i>nacl</i>	173	PROCRIT.....	132
<i>phenelzine sulfate</i>	54	<i>potassium chloride-0.9%</i>		PROCTO-MED HC.....	167
<i>phenobarbital</i>	47	<i>nacl</i>	173	PROCTOSOL-HC.....	167
<i>phenoxybenzamine hcl</i>	135	<i>potassium chloride-dextrose</i>		PROCTOZONE-HC.....	167
PHENYTEK.....	50	<i>5%</i>	177	<i>progesterone</i>	214

Progestins.....	213	<i>quinidine gluconate</i>	139	REXULTI.....	102
PROGRAF.....	235	<i>quinidine sulfate</i>	139	REYATAZ.....	110
PROLASTIN C.....	188	<i>quinine sulfate</i>	92	REZDIFFRA.....	216
PROLIA.....	244	Quinolones.....	40	REZLIDHIA.....	85
<i>promethazine hcl</i>	60	QVAR REDIHALER.....	253	REZUROCK.....	224
PROMETHEGAN.....	60			RHOPRESSA.....	251
<i>propafenone hcl</i>	138	R		<i>ribavirin</i>	112
<i>propafenone hcl er</i>	138	RABAVERT VACCINE.....	240	<i>rifabutin</i>	68
<i>propranolol hcl</i>	140	<i>rabeprazole sodium</i>	185	<i>rifampin</i>	68
<i>propranolol hcl er</i>	140	RADICAVA ORS.....	154	<i>riluzole</i>	154
<i>propylthiouracil</i>	221	RALDESY.....	57	<i>rimantadine hcl</i>	113
PROQUAD.....	240	<i>raloxifene hcl</i>	215	RINVOQ.....	227
PROSOL.....	178	<i>ramelteon</i>	264	RINVOQ LQ.....	227
Protectants.....	184	<i>ramipril</i>	137	<i>risedronate sodium</i>	244
Proton Pump Inhibitors.....	185	<i>ranolazine er</i>	147	<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	
<i>protriptyline hcl</i>	59	RAPAMUNE.....	235	<i>(dose pack of 12)</i>	245
PRURADIK.....	170	<i>rasagiline mesylate</i>	95	<i>risperidone</i>	102
Pulmonary		RAYALDEE.....	244	<i>risperidone er</i>	102
Antihypertensives.....	258	REBIF.....	161	<i>risperidone odt</i>	102
Pulmonary Fibrosis Agents.....	260	REBIF REBIDOSE.....	162	<i>ritonavir</i>	110
PULMOZYME.....	256	RECLIPSEN.....	210	<i>rivaroxaban</i>	129
PYQUVI.....	195	RECOMBIVAX HB.....	240	<i>rivastigmine</i>	51
<i>pyrazinamide</i>	68	RECORLEV.....	220	RIVELSA.....	210
<i>pyridostigmine bromide</i>	67	REDEMPLO.....	152	RIVFLOZA.....	189
<i>pyridostigmine bromide er</i>	67	RELENZA.....	113	<i>rizatriptan</i>	66
<i>pyrimethamine</i>	92	RELEUKO.....	132	<i>roflumilast</i>	257
PYRUKYND.....	188,189	RELISTOR.....	181	ROMVIMZA.....	85
PYRUKYND 20 MG		<i>repaglinide</i>	121	<i>ropinirole hcl</i>	94
TABLET.....	189	REPATHA SURECLICK.....	152	<i>rosuvastatin calcium</i>	150
PYRUKYND 5 MG TABLET.....	189	REPATHA SYRINGE.....	152	ROSYRAH.....	210
PYRUKYND 50 MG		Respiratory Tract Agents,		ROTARIX.....	240
TABLET.....	189	Other.....	260	ROTATEQ.....	240
		RESPIRATORY		ROZLYTREK.....	85
Q		TRACT/PULMONARY		RUBRACA.....	85
QBREXZA.....	169	AGENTS.....	252	<i>rufinamide</i>	50
QINLOCK.....	84	RETACRIT.....	132	RUKOBIA.....	109
QIVIGY.....	223	RETEVMO.....	84,85	RYBELSUS.....	121
QUADRACEL DTAP-IPV.....	240	Retinoids.....	90	RYDAPT.....	85
<i>quetiapine fumarate</i>	101	REVCOVI.....	189		
<i>quetiapine fumarate er</i>	102	REVUFORJ.....	73	S	
<i>quinapril hcl</i>	137	REXTOVY.....	30	<i>sacubitril-valsartan</i>	147

SAFYRAL.....	210	SKELETAL MUSCLE	<i>spironolactone</i>	152
SAJAZIR.....	221	RELAXANTS.....	<i>spironolactone-hctz</i>	147
SANDIMMUNE.....	235	Skeletal Muscle Relaxants.....	SPRINTEC.....	210
SANTYL.....	169	SKYCLARYS.....	SPS.....	180
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	189	SKYLA.....	SSD.....	169
SAVELLA.....	159	SKYRIZI.....	SSRIs/SNRIs (Selective	
SCEMBLIX.....	86	SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-	Serotonin Reuptake	
<i>scopolamine</i>	60	BODY.....	Inhibitor/Serotonin and	
SECUADO.....	102	SKYRIZI ON-BODY.....	Norepinephrine Reuptake	
SELARSDI.....	228	SKYRIZI PEN.....	Inhibitor).....	54
Selective Estrogen Receptor		SKYTROFA.....	STELARA.....	228
Modifying Agents.....	215	SLEEP DISORDER	STEQEYMA.....	228
<i>selegiline hcl</i>	95	AGENTS.....	STIMUFEND.....	133
<i>selenium sulfide</i>	167	Sleep Promoting Agents.....	STIOLTO RESPIMAT.....	262
SELZENTRY.....	109	Smoking Cessation Agents.....	STIVARGA.....	86
SEREVENT DISKUS.....	255	<i>sod sulf-potass sulf-mag</i>	<i>streptomycin sulfate</i>	31
SEROSTIM.....	183,197	<i>sulf</i>	STRIBILD.....	106
Serotonin (5-HT) Receptor		Sodium Channel Agents.....	STRIVERDI RESPIMAT.....	255
Agonists.....	66	<i>sodium chloride</i>	SUBVENITE.....	44
<i>sertraline hcl</i>	57	<i>sodium chloride-water</i>	SUBVENITE (BLUE).....	44
SETLAKIN.....	210	<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride</i>	SUBVENITE (GREEN).....	45
<i>sevelamer carbonate</i>	179	<i>ion 1 mg) oral tablet</i>	SUBVENITE (ORANGE).....	45
<i>sevelamer hcl</i>	179	<i>sodium oxybate</i>	<i>sucralfate</i>	185
SHAROBEL.....	215	<i>sodium phenylbutyrate</i>	<i>sulfacetamide sodium</i>	41,248
SHINGRIX VACCINE.....	240	<i>sodium polystyrene</i>	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	246
SIGNIFOR.....	220	<i>sulfonate</i>	<i>sulfadiazine</i>	41
SIKLOS.....	189	<i>sodium sulfacetamide</i>	<i>sulfamethoxazole-</i>	
<i>sildenafil</i>	259	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	<i>trimethoprim</i>	41
<i>sildenafil citrate</i>	154,259	SOGROYA.....	SULFAMYLON.....	171
SILIQ.....	228	SOHONOS.....	<i>sulfasalazine</i>	242
SILVADENE.....	169	<i>solifenacin succinate</i>	<i>sulfasalazine dr</i>	243
<i>silver sulfadiazine</i>	169	SOLOSEC.....	Sulfonamides.....	41
SIMLANDI(CF).....	235	SOLTAMOX.....	<i>sulindac</i>	26
SIMLANDI(CF)		SOMAVERT.....	<i>sumatriptan</i>	66
AUTOINJECTOR.....	235	<i>sorafenib</i>	<i>sumatriptan succinate</i>	67
SIMPONI.....	236	<i>sotalol</i>	<i>sunitinib malate</i>	86
<i>simvastatin</i>	150	SOTALOL AF.....	SUNLENCA.....	109
<i>sirolimus</i>	236	SOTYKTU.....	SUPPLIES.....	265
SIRTURO.....	68	SOVALDI.....	Supplies.....	265
<i>sitagliptin phosphate</i>	121	SPEVIGO.....	SUTAB.....	181
SIVEXTRO.....	33	SPIRIVA RESPIMAT.....	SYEDA.....	210

SYMDEKO.....	256	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	111	TOBRADEX.....	246
SYMPAZAN.....	48	TEPMETKO.....	73	<i>tobramycin</i>	248,257
SYMTUZA.....	110	<i>terazosin hcl</i>	135	<i>tobramycin sulfate</i>	31
SYNAREL.....	220	<i>terbinafine hcl</i>	64	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	247
SYNJARDY.....	121	<i>terconazole</i>	64	TOBEX.....	248
SYNJARDY XR.....	121	<i>teriflunomide</i>	162	<i>tolcapone</i>	93
SYNTHROID.....	216	<i>teriparatide</i>	245	<i>tolterodine tartrate</i>	192
		<i>testosterone</i>	198	<i>tolterodine tartrate er</i>	192
		<i>testosterone cypionate</i>	198	<i>tolvaptan</i>	174
TABLOID.....	72	<i>testosterone enanthate</i>	199	Topical Anti-infectives.....	170
TABRECTA.....	73	<i>tetrabenazine</i>	159	<i>topiramate</i>	45
<i>tacrolimus</i>	167,236	<i>tetracycline hcl</i>	42	<i>toremifene citrate</i>	71
<i>tadalafil</i>	192	Tetracyclines.....	41	TORPENZ.....	87
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	259	THALOMID.....	71	<i>torsemide</i>	149
TADLIQ.....	259	<i>theophylline</i>	257	TPN ELECTROLYTES.....	178
TAFINLAR.....	86	<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	257	<i>tramadol hcl</i>	28
TAGRISSO.....	86	<i>theophylline anhydrous</i>	257	<i>trandolapril</i>	137
TAKHZYRO.....	221	<i>theophylline er</i>	258	<i>tranexamic acid</i>	133
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR.....	229	<i>thioridazine hcl</i>	97	<i>tranylcypromine sulfate</i>	54
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE.....	229	<i>thiothixene</i>	97	TRAVASOL.....	178
TALTZ SYRINGE.....	229	THYQUIDITY.....	217	<i>trazodone hcl</i>	57
TALZENNA.....	86,87	TIADYLT ER.....	143	Treatment Adjuncts.....	90
<i>tamoxifen citrate</i>	71	<i>tiagabine hcl</i>	48	Treatment-Resistant.....	104
<i>tamsulosin hcl</i>	192	TIBSOVO.....	87	TRECTOR.....	68
TARINA 24 FE.....	211	<i>ticagrelor</i>	134	TRELEGY ELLIPTA.....	262
TARINA FE.....	211	TICOVAC.....	241	TRELSTAR.....	220
TARINA FE 1-20 EQ.....	211	<i>tigecycline</i>	33	TREMFYA.....	229
TARPEYO.....	224	TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP.....	154	TREMFYA 100 MG/ML PEN.....	229
TASCENSO ODT.....	162	TILIA FE.....	211	TREMFYA PEN.....	229
<i>tasimelteon</i>	264	<i>timolol maleate</i>	141,250	TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN).....	229
TAVALISSE.....	134	<i>tinidazole</i>	33	<i>tretinoin</i>	90,164
TAVNEOS.....	224	<i>tiopronin</i>	193	TRI-ESTARYLLA.....	211
<i>tazarotene</i>	164	<i>tiotropium bromide</i>	254	TRI-LEGEST FE.....	211
TAZICEF.....	36	TIROSINT-SOL.....	217	TRI-LO-ESTARYLLA.....	211
<i>telmisartan</i>	136	TIVICAY.....	106	TRI-LO-SPRINTEC.....	211
<i>temazepam</i>	264	TIVICAY PD.....	106	TRI-MILI.....	211
TENIVAC.....	241	<i>tizanidine hcl</i>	105	TRI-SPRINTEC.....	211
		TOBI PODHALER.....	257		

TRI-VYLIBRA.....	211	TYRVAYA.....	247	VENCLEXTA.....	87,88
TRI-VYLIBRA LO.....	211	TYVASO DPI.....	259	VENCLEXTA 10 MG	
<i>triamcinolone</i>				TABLET.....	87
<i>acetonide</i>	163,167	U		VENCLEXTA STARTING	
<i>triamterene</i>	149	UBRELVY.....	66	PACK.....	88
<i>triamterene-</i>		UDENYCA.....	133	<i>venlafaxine besylate er</i>	57
<i>hydrochlorothiazid</i>	147	UDENYCA		<i>venlafaxine hcl</i>	57
<i>triazolam</i>	264	AUTOINJECTOR.....	133	<i>venlafaxine hcl er</i>	57,58
Tricyclics.....	58	UNITHROID.....	217	VENXXIVA.....	193
TRIDACAINE.....	28	UPTRAVI.....	260	VEOZAH.....	159
TRIDACAINE II.....	28	<i>ursodiol</i>	184	<i>verapamil er</i>	143
TRIDERM.....	168	<i>ustekinumab</i>	229	<i>verapamil er pm</i>	143
<i>trientine hcl</i>	175	<i>ustekinumab-aauz</i>	229	<i>verapamil hcl</i>	143
<i>trifluoperazine hcl</i>	97	UZEDY.....	103	<i>verapamil sr</i>	143
<i>trifluridine</i>	248			VERQUVO.....	148
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	93	V		VERSACLOZ.....	104
TRIKAFTA.....	257	VABOMERE.....	39	VERZENIO.....	88
<i>trimethobenzamide hcl</i>	60	Vaccines.....	237	VESTURA.....	212
<i>trimethoprim</i>	33	<i>valacyclovir</i>	114	VIBERZI.....	182
<i>trimipramine maleate</i>	59	VALCHLOR.....	169	VIENVA.....	212
TRINTELLIX.....	57	<i>valganciclovir hcl</i>	111	<i>vigabatrin</i>	48
TRIUMEQ.....	108	<i>valproic acid</i>	45	VIGADRONE.....	48
TRIUMEQ PD.....	108	<i>valsartan</i>	136	VIGAFYDE.....	48
TRIVORA-28.....	211	<i>valsartan-</i>		VIJOICE.....	88
TROPHAMINE.....	179	<i>hydrochlorothiazide</i>	147	<i>vilazodone hcl</i>	58
<i>trospium chloride</i>	192	VALTOCO.....	48	VIMKUNYA.....	241
<i>trospium chloride er</i>	192	VALTYA.....	212	VIOKACE.....	190
TRULANCE.....	182	<i>vancomycin hcl</i>	33,34	VIORELE.....	212
TRULICITY.....	122	VANFLYTA.....	87	VIRACEPT.....	111
TRUMENBA.....	241	VANRAFIA.....	147	VIREAD.....	112
TRUQAP.....	87	VAQTA.....	241	VITALARA.....	179
TRYNGOLZA.....	152	<i>varenicline tartrate</i>	30	VITRAKVI.....	88
TUKYSA.....	87	VARIVAX VACCINE.....	241	VIVITROL.....	29
TURALIO.....	87	Vasodilators, Direct-acting		VIVOTIF.....	242
TURQOZ.....	211	Arterial.....	153	VIZIMPRO.....	88
TWINRIX.....	241	Vasodilators, Direct-acting		VONJO.....	89
TYDEMY.....	211	Arterial/Venous.....	153	VOQUEZNA DUAL PAK... ..	184
TYENNE.....	236	VAXCHORA VACCINE.....	241	VOQUEZNA TRIPLE PAK... ..	184
TYENNE AUTOINJECTOR.....	236	VELIVET.....	212	VORANIGO.....	89
TYMLOS.....	245	VELSIPITY.....	184	<i>voriconazole</i>	64
TYPHIM VI.....	241	VEMLIDY.....	111	<i>voriconazole 200 mg vial</i>	64

VOSEVI.....	113	XIGDUO XR.....	122	<i>ziprasidone hcl</i>	103
VOWST.....	184	XIIDRA.....	247	<i>ziprasidone mesylate</i>	103
VOYDEYA.....	224	XOFLUZA.....	113	ZIRGAN.....	248
VOYXACT.....	148	XOLAIR.....	230	ZOLINZA.....	74
VRAYLAR.....	103	XOLREMDI.....	133	<i>zolmitriptan</i>	67
VTAMA.....	170	XOSPATA.....	89	<i>zolmitriptan odt</i>	67
VUMERITY.....	162	XPOVIO.....	89,90	<i>zolpidem tartrate</i>	264
VYFEMLA.....	212	XRROMI.....	190	<i>zolpidem tartrate er</i>	264
VYKAT XR.....	123	XTANDI.....	70	ZOMACTON.....	198
VYLIBRA.....	212	XULANE.....	212	ZONISADE.....	50
VYNDAMAX.....	190	XYWAV.....	265	<i>zonisamide</i>	50
VYVGART HYTRULO.....	67			ZORTRESS.....	236
		Y		ZORYVE.....	170
		YARGESA.....	190	ZOVIA 1-35.....	213
W		YASMIN 28.....	213	ZTALMY.....	48
WAINUA.....	190	YAZ.....	213	ZURNAI.....	30
Wakefulness Promoting		YESINTEK.....	230	ZURZUVAE.....	53
Agents.....	264	YF-VAX.....	242	ZYKADIA.....	90
<i>warfarin sodium</i>	129	YIMMUGO.....	224		
WEGOVIY.....	148	YONSA.....	70		
WELIREG.....	190	YORVIPATH.....	245		
WESNATAL DHA		YUVAFEM.....	201		
COMPLETE.....	179				
WINREVAIR (2 PACK).....	263	Z			
WINREVAIR 45 MG VIAL.....	263	ZAFEMY.....	213		
WINREVAIR 60 MG VIAL.....	263	<i>zafirlukast</i>	254		
WIXELA INHUB.....	263	<i>zaleplon</i>	264		
WYMZYA FE.....	212	ZARXIO.....	133		
		ZAVZPRET.....	66		
X		ZEJULA.....	90		
XALKORI.....	89	ZELBORAF.....	90		
XARAH FE.....	212	ZELSUVMI.....	171		
XARELTO.....	130	ZEMAIRA.....	190		
XATMEP.....	236	ZENATANE.....	164		
XCOPRI.....	50	ZENPEP.....	190		
XDEMVIY.....	248	ZEPOSIA.....	162		
XELJANZ.....	230	ZERBAXA.....	36		
XELJANZ XR.....	230	ZEVTERA.....	36		
XELRIA FE.....	212	<i>zidovudine</i>	108		
XERMELO.....	182	ZIEXTENZO.....	133		
XGEVA.....	245	ZILBRYSQ.....	230,231		
XIFAXAN.....	34				

CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스

방법	고객 서비스부 – 연락처 정보
전화	1-877-412-2734 통화는 무료입니다. CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스로 주 7 일, 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