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

2026 년 보장 약물 목록 (약물 목록 또는포뮤레리)

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

본 *약물 목록*은 04/21/2026 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: 22

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

서문

이 문서는 *보장 약물 목록* (*약물 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 받기위해 취해야 할 조치가 있습니까? 14

B5. 내가 원하는 약에 제한이 있는지 또는 약을 얻기 위해 취해야 할 조치가 있는지 어떻게 알 수 있습니까? 14

B6. CalOptima Health OneCare Complete 에서 일부 약물을 보장하는 방법에 대한 규칙(예: 사전 승인, 수량 한도 및/또는 단계 요법 제한)을 변경하면 어떻게 됩니까? 14

B7. *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

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

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 무료로제공됩니다.

언어 지원 서비스 및 보조 도구 및 서비스 가용성 공지서

English

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

العربية (Arabic)

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

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: Զանգահարեք **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**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵ , ਜਿਵ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY: **711**) ਇਹ ਸੇਵਾਵ ਮੁਫਤ ਹਨ|

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.

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY: **711**).
ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734** (TTY: **711**).
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

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

ខ្មែរ (Cambodian)

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

فارسی (Farsi)

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

Русский (Russian)

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

Español (Spanish)

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

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 สำาหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-877-412-2734** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำาหรับบริการเหล่านี้

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 કૉલ કરો: **1-877-412-2734** (TTY **711**). વિકલાંગ લોકો માટે સહાય અને સેવાઓ, જેમ કે બ્રેઇલ અને મોટી પ્રિન્ટમાં પણ દસ્તાવેજો ઉપલબ્ધ છે. કૉલ કરો: **1-877-412-2734** (TTY **711**). આ સેવા વિનામૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે.

Português (Portuguese)

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

Română (Romanian)

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

Türkçe (Turkish)

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

اردو (Urdu)

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

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 목록*에는 어떤 처방약들이 있습니까? (*보장 약물 목록*을 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 목록*은 변경됩니까?

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

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

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

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

약물 규정에 대한 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

연**초**에 보장된 약을 복용하는 경우, 다음과 같은 경우를 제외하고, 일반적으로 **그 해의 남은 기간 동안**은 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 언제든 확인할 수 있습니다. *약물 목록*은 매달 웹사이트에업데이트됩니다.
- 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 목록에 유지하기로 결정할 수도 있지만 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.
    - 이 변경 사항을 적용하기 전에 귀하에게 알리지 않을 수 있지만 변경 사항이 발생하면 구체적인 변경 사항에 대한 정보를 보내드립니다.
    - 이러한 변경은 추가하는 약물이 다음과 같은 경우에만 가능합니다:
        - 브랜드 약물의 새로운 일반 버전인 경우, 또는
        - *약물 목록*에 있는 오리지널 생물학적 제품의 특정 새로운 바이오시밀러 (biosimilar) 버전인 경우(예: 새로운 처방전 없이 오리지널 생물학적 제품을 대체할 수 있는 상호 교환 가능한 바이오시밀러 추가).

- 이러한 약물 유형 중 일부는 처음 접하는 약물일 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 B14** 을 참조하십시오.

  - 귀하 또는 귀하의 의료 제공자는 이러한 변경 사항에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 예외 요청을 위한 단계적 방법에 대한 통지서를 귀하에게 보내드립니다. 예외에 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

- **안전하지 않은 약물 및 시중 판매가 중단된 약물 제거** 경우에 따라 약물이 안전하지 않은 것으로 판단되거나 다른 이유로 시중에서 판매가 중단될 수 있습니다. 이러한 경우, 해당 약물을 *약물 목록*에서 즉시 제거할 수 있습니다. 귀하께서 해당 약물을 복용 중이라면, 변경 후 공지서를 보내드릴 것입니다.

- 귀하는 의사나 다른 처방자와 협력하여 귀하의 상태에 적합한 다른 약물을 찾을 수 있습니다. 다른 약을 찾는 데 도움이 필요하면 의사나 다른 처방자에게 문의하십시오.

- 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.

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.

B7. *약물 목록*에서 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**

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

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

- 고객 서비스부에 복용하고자 하는 약과 같은 약들의 목록을 요청. 그런 후, 의사나 다른 처방자에게 목록을 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.

B14. 오리지널 바이오약물이란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있습니까?

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

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

B15. OTC 약이란 무엇입니까?

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

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

B18. 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달 받을 수 있습니까?

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

B19. 나의 공동 부담금은 얼마입니까?

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

구간은 저희 *약물 목록*에 있는 약의 그룹입니다.

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

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

C. *보장 약물 목록* 개요

다음의 *보장 약물 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.

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.

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 *회원 안내서*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.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
Analgesics		
JOURNAVX 50 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 14 days)
Analgesics Combinations		
acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5	$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days)
butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen (5-325 mg, 7.5-325, 10-325 mg)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 10-325mg	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 5-325mg	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

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)
naloxone hcl (0.4 mg/ml carpuject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)	$0 (Tier 1)	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
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		
bupropion hcl sr 150 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
varenicline starting month box	$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)
varenicline tartrate (apo-varenicline 0.5 mg tablet, apo-varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

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
clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml	$0 (Tier 1)	
clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
clindamycin pediatr 75 mg/5 ml	$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl)	$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml-d5w, 900 mg/50 ml-d5w)	$0 (Tier 1)	
colistimethate 150 mg vial	$0 (Tier 1)	
dalbavancin hcl 500 mg vial	$0 (Tier 1)	PA
daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)	$0 (Tier 1)	
fosfomycin 3 gm sachet	$0 (Tier 1)	
linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antibacterials		
clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)	$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)	
erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
fidaxomicin 200 mg tablet	$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)
ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w	$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)	$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin hcl 250 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (600 per 30 days), PA NSO
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
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)	$0 (Tier 1)	
levetiracetam er 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
levetiracetam er 750 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
perampanel 0.5 mg/ml oral susp	$0 (Tier 1)	QL (680 per 28 days)
perampanel 2 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
perampanel 4 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
perampanel 6 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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)	

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
clonazepam (0.25 mg odt, 2 mg odt)	$0 (Tier 1)	
clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
clonazepam 0.125 mg odt	$0 (Tier 1)	
clonazepam 0.5 mg odt	$0 (Tier 1)	
clonazepam 1 mg odt	$0 (Tier 1)	
clonazepam 2 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
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))	$0 (Tier 1)	
gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)	$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
vigabatrin 500 mg powder packt	$0 (Tier 1)	PA NSO
vigabatrin 500 mg tablet	$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		
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)	$0 (Tier 1)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidementia Agents		
Cholinesterase Inhibitors		
donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
galantamine 4 mg/ml oral soln	$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
galantamine er 24 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
memantine hcl (2 mg/ml solution, 10 mg/5 ml cup)	$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidementia Agents		
memantine hcl (5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
memantine hcl er 7 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
Antidepressants, Other		
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
bupropion hcl 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
bupropion hcl 75 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
bupropion xl (150 mg tablet, 300 mg tablet, 450 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)	$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
fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)	$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
fluoxetine hcl 40 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
nefazodone hcl (150 mg tablet, 250 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
paroxetine hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp	$0 (Tier 1)	PA NSO
paroxetine hcl 30 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
pmdd fluoxetine 10mg tablet	$0 (Tier 1)	
pmdd fluoxetine 20mg tablet	$0 (Tier 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
sertraline 20 mg/ml oral conc	$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
sertraline hcl 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)	$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
venlafaxine bes er 112.5 mg tb	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)	$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
venlafaxine hcl er 150 mg tab	$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antigout Agents		
Antigout Agents		
allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)	$0-$12.65 (Tier 2)	ST, QL (30 per 30 days)
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)

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

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

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		
dihydroergotamine 4 mg/ml spry	$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists		
naratriptan 1 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
naratriptan 2.5 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)
sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)	$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimigraine Agents		
sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate (6 mg/0.5 ml vial, 6 mg/0.5ml autoinj)	$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)	$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		
pyridostigmine bromide (br 30 mg tablet, 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
pyridostigmine er 180 mg tab	$0 (Tier 1)	
VYVGART HYTRULO 1,000MG-10,000	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (20 per 28 days)

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

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

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
nilutamide 150 mg tablet	$0 (Tier 1)	
NUBEQA 300 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
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		
lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)	$0 (Tier 1)	LA, PA NSO
pomalidomide (1 mg capsule, 2 mg capsule, 3 mg capsule, 4 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA NSO

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)	
tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
toremifene citrate 60 mg tab	$0 (Tier 1)	PA NSO
Antimetabolites		
mercaptopurine (20 mg/ml suspen, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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
hydroxyurea 500 mg capsule	$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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
LONSURF (15 MG-6.14 MG TABLET, 20 MG-8.19 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LYSODREN 500 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	
OGSIVEO (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ORGOVYX 120 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (32 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 110 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 160 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 25 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TEPMETKO 225 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
BALVERSA 4 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 5 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (50 MG CAPSULE, 400 MG TABLET, 500 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BRUKINSA 160 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
CALQUENCE (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPRELSA 100 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
CAPRELSA 300 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG PACK, 100 MG PK, 140 MG PK)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
COPIKTRA (15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
COTELLIC 20 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (63 per 21 days), PA NSO
DANZITEN (71 MG TABLET, 95 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
dasatinib (50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
dasatinib 20 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
dasatinib 70 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 25 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
ENSACOVE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA NSO
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 21 days), PA NSO
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
GAVRETO 100 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
gefitinib 250 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

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
imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA NSO
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (216 per 30 days), PA NSO
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
INLYTA 1 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
INLYTA 5 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
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

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

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
lapatinib 250 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA NSO
LAZCLUZE 240 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LAZCLUZE 80 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (4 MG CAPSULE, 8 MG DAILY DOSE, 10 MG DAILY DOSE, 20 MG DAILY DOSE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LORBRENA 100 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LORBRENA 25 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 120 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
nilotinib d-tartrate (50 mg cap, 150 mg cp, 200 mg cp)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
nilotinib hcl (50 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)	$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
pazopanib hcl 200 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

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

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 PELLET PACKET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
RUBRACA (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
RYDAPT 25 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO

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
sorafenib 200 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
TAGRISSO (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.1 MG CAPSULE, 0.1 MG SOFTGEL, 0.35 MG CAPSULE, 0.35 MG SOFTGEL, 0.5 MG CAPSULE, 0.5 MG 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

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
TASIGNA (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TAZVERIK 200 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
TORPENZ (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA NSO
TRUQAP 200 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (64 per 28 days), PA NSO
TUKYSA 150 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 50 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
TURALIO 125 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
VANFLYTA (17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 14 days), PA NSO
VENCLEXTA 10 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 100 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 50 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
VERZENIO (50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VIJOICE (50 MG GRANULE PACKET, 50 MG TABLET, 125 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
VIZIMPRO (15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VONJO 100 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 10 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 40 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XALKORI 150 MG PELLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
XALKORI 20 MG PELLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
XALKORI 50 MG PELLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
XOSPATA 40 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (8 per 28 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG, 60 MG)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (32 per 28 days), PA NSO
ZEJULA (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ZELBORAF 240 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ZYDELIG (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZYKADIA 150 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
Retinoids		
bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
PANRETIN 0.1% GEL	$0-$12.65 (Tier 2)	
tretinoin 10 mg capsule	$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
leucovorin calcium (calcium 5 mg tab, calcium 10 mg tab, calcium 15 mg tab, calcium 25 mg tab, lederle 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
mesna 400 mg tablet	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
Anthelminthics		
albendazole 200 mg tablet	$0 (Tier 1)	
ivermectin 3 mg tablet	$0 (Tier 1)	
praziquantel 600 mg tablet	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
Antiprotozoals		
atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)	$0 (Tier 1)	PA
atovaquone-proguanil hcl (62.5-25, 250-100)	$0 (Tier 1)	
chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 3 days)
hydroxychloroquine 200 mg tab	$0 (Tier 1)	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
KRINTAFEL 150 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
mefloquine hcl 250 mg tablet	$0 (Tier 1)	
nitazoxanide 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA
pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
primaquine 26.3 mg tablet	$0 (Tier 1)	
pyrimethamine 25 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA
quinine sulfate 324 mg capsule	$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
Anticholinergics		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml soln, 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Antiparkinson Agents, Other		
amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln)	$0 (Tier 1)	
carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparkinson Agents		
entacapone 200 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
NOURIANZ (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ONGENTYS (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
tolcapone 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	
Dopamine Agonists		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
NEUPRO (1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ONAPGO 98 MG/20 ML CARTRIDGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
pramipexole 0.75 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
1st Generation/Typical		
chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
fluphenazine dec 125 mg/5 ml	$0 (Tier 1)	
fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5 ml elix, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml conc, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
haloperidol dec 100 mg/ml amp	$0 (Tier 1)	
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)	$0 (Tier 1)	
haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl)	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
aripiprazole 1 mg/ml solution	$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (3.2 per 14 days)
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (4.8 per 365 days)
asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.75 per 28 days)
ERZOFRI 156 MG/ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1.5 per 28 days)
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (2.25 per 28 days)
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.25 per 28 days)
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.5 per 28 days)
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
FANAPT (PACK, PACK A)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (3.5 per 166 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (2.63 per 70 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lurasidone hcl 80 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10-10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OPIPZA 10 MG FILM	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
paliperidone er 6 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PERSERIS ER 120 MG SYRINGE KIT	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
PERSERIS ER 90 MG SYRINGE KIT	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
quetiapine fumarate (fumarate 25 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 100 mg tab, 150 mg tablet, fumarate 200 mg tab, fumarate 300 mg tab, fumarate 400 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
risperidone 1 mg/ml solution	$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)	$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
UZEDY (ER 150 MG/0.42 ML SYRING, ER 200 MG/0.56 ML SYRING, ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 56 days)
UZEDY (ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE, ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE, ER 100 MG/0.28 ML SYRING, ER 125 MG/0.35 ML SYRING)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
VRAYLAR (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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
ziprasidone 20 mg/ml vial	$0 (Tier 1)	
ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Antipsychotics		
COBENFY (50 MG-20 MG CAPSULE, 100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
COBENFY STARTER PACK	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (52 per 28 days), PA NSO
Treatment-Resistant		
clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
clozapine odt (odt 12.5 mg tablet, odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet, odt 150 mg tablet, odt 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	$0-$12.65 (Tier 2)	

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

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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
ISENTRESS 400 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JULUCA 50-25 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
STRIBILD TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TIVICAY 50 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
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)	
efavir-emtri-tenof 600-200-300	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
DESCOVY (120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
emtricitabine 200 mg capsule	$0 (Tier 1)	
emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167-250mg)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
emtricitabine-tenofv 200-300mg	$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	
lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/30ml sol cup)	$0 (Tier 1)	
lamivudine-zidovudine tablet	$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)
zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
fosamprenavir 700 mg tablet	$0 (Tier 1)	
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	$0-$12.65 (Tier 2)	
lopinavir-ritonavir (lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml, lopinavir-ritonavr 100-25mg tb, lopinavir-ritonavr 200-50mg tb)	$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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
ritonavir 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	
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)
valganciclovir 450 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days)
valganciclovir hcl 50 mg/ml	$0 (Tier 1)	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
lamivudine 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
tenofovir disop fum 300 mg tb	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIREAD POWDER	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days)
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA (150-37.5 MG PELLET PKT, 200-50 MG PELLET PACK)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg	$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
MAVYRET 100-40 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (140 per 28 days)
ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
sofosbuvir-velpatasvir 400-100	$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
SOVALDI (150 MG PELLET PACKET, 200 MG PELLET PACKET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
Anti-influenza Agents		
oseltamivir 6 mg/ml suspension	$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)
oseltamivir phos 30 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 180 days)
rimantadine hcl 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
Antiherpetic Agents		
acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp cup, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)	$0 (Tier 1)	
acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)	$0 (Tier 1)	PA
famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
famciclovir 125 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
penciclovir 1% cream	$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)	$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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (11 per 5 days)

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

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

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

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

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

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

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)
metformin hcl (750 mg tablet, 850 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
metformin hcl 1,000 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
metformin hcl 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
metformin hcl er 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
metformin hcl er 750 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
repaglinide 0.5 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RYBELSUS (3 MG TABLET, 7 MG TABLET, 14 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRULICITY (0.75 MG/0.5 ML PEN, 1.5 MG/0.5 ML PEN, 3 MG/0.5 ML PEN, 4.5 MG/0.5 ML PEN)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR (5 MG-500 MG TABLET, 10 MG-500 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
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)
diazoxide 50 mg/ml oral susp	$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5MG/0.1 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PK 1 MG/0.2 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
GVOKE HYPOPEN 2PK 0.5MG/0.1 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE PFS 1-PK 1 MG/0.2 ML SYR	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE PFS 2-PK 1 MG/0.2 ML SYR	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
VYKAT XR 150 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
VYKAT XR 25 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
VYKAT XR 75 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 days)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SYRING	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 days)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6ML AUTOINJ	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 days)
Insulins		
FIASP 100 UNIT/ML FLEXTOUCH	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
FIASP 100 UNIT/ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML CART	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG (100 CARTRIDGE, 100 VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
insulin aspart 100 unit/ml crt	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin aspart 100 unit/ml pen	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin aspart 100 unit/ml vl	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin aspart prot mix 70-30 (mix70-30 pn, mix70-30 vl)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin glargine max solo u300	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin glargine solostar u300	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro 100 unit/ml pen	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro 100 unit/ml vl	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro jr 100 unit/ml	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro mix 75-25 kwkpn	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 (70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (70-30, RELION 70-30)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN (N 100 UNIT/ML, RELION N U-100)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN (R 100 UNIT/ML, RELION R U-100)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG (100 VIAL, RELION 100 VL)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN (100 UNIT/ML, RELION U-100)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN (70-30 FLEXPEN, RELION 70-30 FLXPN)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
Anticoagulants		
dabigatran etexilate (75 mg cap, 110 mg cp, 150 mg cp)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	$0-$12.65 (Tier 2)	
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr	$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr	$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr	$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)	$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)	$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
fondaparinux sodium (2.5 mg/0.5 ml syr, 5 mg/0.4 ml syr, 7.5 mg/0.6 ml syr, 10 mg/0.8 ml syr)	$0 (Tier 1)	
FRAGMIN (10,000 UNIT/ML SYRINGE, 10,000 UNITS/ML SYRING)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
FRAGMIN (12,500 UNIT/0.5 ML SYR, 12,500 UNITS/0.5 ML)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (15 per 30 days)
FRAGMIN (15,000 UNIT/0.6 ML SYR, 15,000 UNITS/0.6 ML)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (18 per 30 days)
FRAGMIN (18,000 UNIT/0.72 ML, 18,000 UNITS/0.72 ML)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (22 per 30 days)
FRAGMIN (2,500 UNIT/0.2 ML SYR, 2,500 UNITS/0.2 ML SYR)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (6 per 30 days)
FRAGMIN (25,000 UNITS/ML VIAL, 95,000 UNIT/3.8 ML VL)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (22.8 per 30 days)
FRAGMIN (5,000 UNIT/0.2 ML SYR, 5,000 UNITS/0.2 ML SYR)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
FRAGMIN (7,500 UNIT/0.3 ML SYR, 7,500 UNITS/0.3 ML SYR)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (9 per 30 days)
heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial)	$0 (Tier 1)	
jantoven (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
rivaroxaban (1 mg/ml suspension, 2.5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

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		
anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
eltrombopag 12.5 mg susp pkt	$0 (Tier 1)	PA, QL (360 per 30 days)
eltrombopag 25 mg susp packet	$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
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
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTOINJECT	$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	$0 (Tier 1)	PA
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	$0 (Tier 1)	PA
Hemostasis Agents		
tranexamic acid 650 mg tablet	$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
aspirin-dipyridam er 25-200 mg	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA 60 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

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

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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine besylate 10 mg tab	$0 (Tier 1)	
felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
felodipine er 10 mg tablet	$0 (Tier 1)	
nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
nifedipine er 90 mg tablet	$0 (Tier 1)	
nimodipine 30 mg capsule	$0 (Tier 1)	
nimodipine 60 mg/20 ml soln	$0 (Tier 1)	PA
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARTIA XT (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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)
fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	$0 (Tier 1)	
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ivabradine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	$0 (Tier 1)	
losartan-hydrochlorothiazide (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	$0 (Tier 1)	
metyrosine 250 mg capsule	$0 (Tier 1)	
NEXLETOL 180 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
pentoxifylline er 400 mg tab	$0 (Tier 1)	
ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
sacubitril-valsartan (24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
spironolactone-hctz 25-25 tab	$0 (Tier 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)	$0 (Tier 1)	
valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VANRAFIA 0.75 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
triamterene 100 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
Diuretics, Thiazide		
chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)	$0 (Tier 1)	
indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
gemfibrozil 600 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lovastatin 40 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
simvastatin 20 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (45 per 30 days)
simvastatin 40 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, Other		
cholestyramine (packet, powder)	$0 (Tier 1)	
cholestyramine light (packet, powder)	$0 (Tier 1)	
colesevelam 625 mg tablet	$0 (Tier 1)	
colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
ezetimibe 10 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 1 gram capsule, 500 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
JUXTAPID (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JUXTAPID 20 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
JUXTAPID 30 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
omega-3 ethyl esters 1 gm cap	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PREVALITE (PACKET, POWDER)	$0 (Tier 1)	
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TRYNGOLZA 80 MG/0.8 ML AUTOINJ	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.8 per 28 days)
Mineralocorticoid Receptor Antagonists		
eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	$0 (Tier 1)	

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

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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
riluzole 50 mg tablet	$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
dextroamp-amphetamin 30 mg tab	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine 10 mg tab	$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
dextroamphetamine 5 mg tab	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
dextroamphetamine er 10 mg cap	$0 (Tier 1)	PA, QL (150 per 30 days)
dextroamphetamine er 15 mg cap	$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
dextroamphetamine er 5 mg cap	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine (dextroamp-amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp-amphetamin 20 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
clonidine hcl er 0.1 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
methylphenidate (10 mg/9hr, 15 mg/9hr, 20 mg/9hr, 30 mg/9hr)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate 10 mg/5 ml sol	$0 (Tier 1)	PA, QL (900 per 30 days)
methylphenidate 5 mg/5 ml soln	$0 (Tier 1)	PA, QL (1800 per 30 days)
methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
methylphenidate er (er 18 mg tab, er 27 mg tab, er 54 mg tab, er 72 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
AUSTEDO 9 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR (18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITR(12-18-24-30MG)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA (40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA SPRINKLE (40 MG CAP, 60 MG CAP, 80 MG CAP)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)	$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)
tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
Fibromyalgia Agents		
SAVELLA (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SAVELLA TITRATION PACK	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (55 per 28 days), PA NSO
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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)
podofilox 0.5% topical soln	$0 (Tier 1)	
QBREXZA 2.4% CLOTH	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SANTYL OINTMENT	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SILVADENE 1% CREAM	$0 (Tier 1)	
silver sulfadiazine 1% cream	$0 (Tier 1)	
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

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)
malathion 0.5% lotion	$0 (Tier 1)	
permethrin 5% cream	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
Topical Anti-infectives		
acyclovir 5% cream	$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
acyclovir 5% ointment	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)	$0 (Tier 1)	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	$0-$12.65 (Tier 2)	
clindamycin 1% gel	$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

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

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

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		
calcium acetate (667 mg capsule, 667 mg gelcap)	$0 (Tier 1)	PA
sevelamer carbonate (0.8 gm powder packet, 2.4 gm powder packet, carbonate 800 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA
sevelamer hcl (400 mg tablet, 800 mg tablet)	$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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
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)	$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

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

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		
alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5, diphenoxylate-atrop 2.5-0.025)	$0 (Tier 1)	PA
loperamide 2 mg capsule	$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XERMELO 250 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	

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)
lansoprazol-amoxicil-clarithro	$0 (Tier 1)	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
peg 3350-electrolyte solution	$0 (Tier 1)	
peg-3350 and electrolytes soln	$0 (Tier 1)	
peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9	$0 (Tier 1)	
SEROSTIM 6 MG VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
sod sul-potass sul-mag sul sol	$0 (Tier 1)	

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

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

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

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
betaine 1 gram/scoop powder	$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
CREON (DR 3,000 CAPSULE, DR 6,000 CAPSULE, DR 12,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE, DR 36,000 CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
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)

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)
dichlorphenamide 50 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSP	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (420 per 30 days)
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)
GLASSIA (1 GM/50 ML VIAL, 4 GM /200 ML VIAL, 5 GM /250 ML VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
glycerol phenylbut 1.1 gram/ml	$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)
l-glutamine 5 gram powder pkt	$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
miglustat 100 mg capsule	$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
MIPLYFFA (47 MG CAPSULE, 62 MG CAPSULE, 93 MG CAPSULE, 124 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 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		
ORMALVI 50 MG TABLET	$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5 ML SYRINGE, 10 MG/0.5 ML SYRINGE, 20 MG/ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
PANCREAZE (DR 2,600 CAP, DR 4,200 CAP, DR 10,500 CAP, DR 16,800 CAP, DR 21,000 CAP, DR 37,000 CAP)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
PERTZYE (DR 4,000 CAPSULE, DR 8,000 CAPSULE, DR 16,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
PLENAMINE 15% SOLUTION	$0 (Tier 1)	PA
PROLASTIN C (1,000 MG VIAL, 1,000 MG/20 ML VL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
PYRUKYND (20-5 MG PACK, 50-20 MG PACK)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (14 per 14 days)
PYRUKYND 20 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (7 per 7 days)
PYRUKYND 50 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
REVCOVI 2.4 MG/1.5 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
RIVFLOZA 128 MG/0.8 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.8 per 28 days)
RIVFLOZA 160 MG/ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.5 per 28 days)
sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)	$0 (Tier 1)	PA
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	
sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)	$0 (Tier 1)	PA
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 20,880-78,300 UNITS TB)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
WAINUA 45 MG/0.8 ML AUTOINJECT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
WELIREG 40 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
XROMI 100 MG/ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
YARGESA 100 MG CAPSULE	$0 (Tier 1)	PA
ZEMAIRA (1,000 MG VIAL, 4,000 MG VIAL, 5,000 MG VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ZENPEP (DR 3,000 CAPSULE, DR 5,000 CAPSULE, DR 10,000 CAPSULE, DR 15,000 CAPSULE, DR 20,000 CAPSULE, DR 25,000 CAPSULE, DR 40,000 CAPSULE, DR 60,000 CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

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
penicillamine 250 mg tablet	$0 (Tier 1)	
tiopronin (100 mg tablet, dr 100 mg tablet, dr 300 mg tablet)	$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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml 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)	$0 (Tier 1)	
fludrocortisone 0.1 mg tablet	$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
methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)	$0 (Tier 1)	
prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)	$0 (Tier 1)	

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr	$0 (Tier 1)	
desmopressin acetate (0.01% solution, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb)	$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

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

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		
danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)	$0 (Tier 1)	
methyltestosterone 10 mg cap	$0 (Tier 1)	PA NSO
testosterone (1% (25mg/2.5g) pk, 1% (50 mg/5 g) pk, 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump, 1.62%(1.25 g) pkt, 12.5 mg/1.25 gram, 25 mg/2.5 gm pkt, 30 mg/1.5 ml pump, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt)	$0 (Tier 1)	PA NSO
testosterone cypionate (testosteron 2,000 mg/10 ml, testosterone 100 mg/ml, testosterone 200 mg/ml, testosterone 500 mg/2.5 ml, testosterone 500 mg/5 ml, testosterone 1,000 mg/10ml, testosterone 1,000 mg/5 ml, testosterone 2,000 mg/10ml, testosterone 6,000 mg/30ml)	$0 (Tier 1)	PA NSO

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
estradiol (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))	$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
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))	$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estradiol 0.05 mg patch (1/wk)	$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estradiol valerate (20 mg/ml vl, 40 mg/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)	$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)

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)	

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)	

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)	
CRYSELLE-28 TABLET	$0 (Tier 1)	
CYRED 28 DAY TABLET	$0 (Tier 1)	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	$0 (Tier 1)	
desogestr-eth estrad eth estra	$0 (Tier 1)	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	$0 (Tier 1)	
drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451	$0 (Tier 1)	
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	$0 (Tier 1)	
ELURYNG VAGINAL RING	$0 (Tier 1)	
ENILLORING VAGINAL RING	$0 (Tier 1)	
ENPRESSE-28 TABLET	$0 (Tier 1)	
ENSKYCE 28 TABLET	$0 (Tier 1)	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	$0 (Tier 1)	

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

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)	

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)	
levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e estrad 0.15-0.03-0.01, levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01, levonorg 0.15mg-ee 20-25-30mcg)	$0 (Tier 1)	

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

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)	
norelgestrom-ee 150-35 mcg/day	$0 (Tier 1)	

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

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)	

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)	

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)	

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)	

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

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)	
raloxifene hcl 60 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
ERMEZA 150 MCG/5 ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	
EUTHYROX (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	$0 (Tier 1)	

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
cabergoline 0.5 mg tablet	$0 (Tier 1)	
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE KIT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
ELIGARD 45 MG SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
FIRMAGON (2 X 120 MG KIT, 2 X 120 MG VIALS, 80 MG KIT, 80 MG VIAL, 120 MG VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)	$0 (Tier 1)	PA NSO
leuprolide depot 22.5 mg vial	$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (DEPOT 3.75 MG KIT, DEPOT-4 MONTH KIT, DEPOT 7.5 MG KIT, DEPOT 11.25 MG 3MO KIT, DEPOT 22.5 MG 3MO KIT, DEPOT 45 MG 6MO KIT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
LUPRON DEPOT-PED (7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO, 45 MG 6MO KIT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
mifepristone 300 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)	$0 (Tier 1)	PA
ORIAHNN 300-1-0.5MG/300MG CAPS	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
RECORLEV 150 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
SOMAVERT (10 MG VIAL, 15 MG VIAL, 20 MG VIAL, 25 MG VIAL, 30 MG VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TRELSTAR (3.75 MG VIAL, 11.25 MG VIAL, 22.5 MG VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)		
Antithyroid Agents		
methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
propylthiouracil 50 mg tablet	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
Angioedema Agents		
CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL-DILUENT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
DAWNZERA 80 MG/0.8 ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
icatibant 30 mg/3 ml syringe	$0 (Tier 1)	PA NSO
ORLADEYO (110 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	$0 (Tier 1)	PA NSO
TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG/2 ML VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
Immunoglobulins		
BIVIGAM (5 GM/50 ML (10%) VIAL, 10 GM/100 ML (10%) VL, LIQUID 10% VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD LIQUID ERC (LIQUID 5 G/50 ML, LIQUID 10G/100ML)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
GAMMAKED 1 GRAM/10 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
GAMMAPLEX (2.5 GRAM/50 ML VIAL, 5 GRAM/100 ML VIAL, 5 GRAM/50 ML VIAL, 10 GRAM/100 ML VIAL, 10 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/400 ML VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
OCTAGAM (5% (1 G/20 ML) VIAL, 5% (10 G/200 ML) VIAL, 5% (2.5 G/50 ML) VIAL, 5% (5 G/100 ML) VIAL, 5% VIAL, 10% (10 G/100 ML) VIAL, 10% (2 G/20 ML) VIAL, 10% (20 G/200 ML) VIAL, 10% (30 G/300 ML) VIAL, 10% (5 G/50 ML) VIAL, 10% VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
PANZYGA (10% (1 G/10 ML) VIAL, 10% (10 G/100 ML) VIAL, 10% (2.5 G/25 ML) VIAL, 10% (20 G/200 ML) VIAL, 10% (30 G/300 ML) VIAL, 10% (5 G/50 ML) VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
PRIVIGEN 10% VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
YIMMUGO (10% (10 GM/100 ML) VL, 10% (20 GM/200 ML) VL, 10% (5 GM/50 ML) VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
Immunological Agents		
FABHALTA 200 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SL TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
TARPEYO DR 4 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
VOYDEYA (100 MG TABLET, 150 MG DOSE TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ANDEMBRY 200 MG/1.2 ML AUTOINJ	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ARCALYST 220 MG VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
auranofin 3 mg capsule	$0 (Tier 1)	
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
BIMZELX (160 MG/ML SYRINGE, 320 MG/2 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
BIMZELX AUTOINJECTOR (160 MG/ML AUTOINJECTOR, 320 MG/2 ML AUTOINJECT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX SNRDY 300MG DOSE-2PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX SYRINGE (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
DUPIXENT PEN (200 MG/1.14 ML PEN, 300 MG/2 ML PEN)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
DUPIXENT SYRINGE (200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
EMPAVELI 1,080 MG/20 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (160 per 28 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ILUMYA 100 MG/ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
KEVZARA (150 MG/1.14 ML PEN INJ, 150 MG/1.14 ML SYRINGE, 200 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
LEQSELVI 8 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
LITFULO 50 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG DOSE - 2 SYRINGES, 200 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG DOSE - 2 SYRINGES)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
OMVOH PEN (100 MG/ML PEN, 200 MG DOSE - 2 PENS, 200 MG/2 ML PEN, 300 MG DOSE - 2 PENS)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1260 per 28 days)
SELARSDI (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	$0 (Tier 1)	PA
SILIQ 210 MG/1.5 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SOTYKTU 6 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SPEVIGO 150 MG/ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
STEQEYMA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 90 MG/ML SYRINGE)	$0 (Tier 1)	PA
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TALTZ SYRINGE (20 MG/0.25 ML SYRINGE, 40 MG/0.5 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
TREMFYA 100 MG/ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA INDCT 200MG/2ML X2 PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ustekinumab (45 mg/0.5 ml vial, 45mg/0.5ml syringe, 90 mg/ml syringe)	$0 (Tier 1)	PA
ustekinumab-aauz (45 mg syringe, 90 mg/ml syr)	$0 (Tier 1)	PA
XELJANZ (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
XELJANZ XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
XOLAIR (75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
YESINTEK (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	$0 (Tier 1)	PA
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SYRN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (12 per 28 days)
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SYRING	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (17 per 28 days)
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SYRNG	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (23 per 28 days)
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA BVD
azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA BVD
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA BVD
cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)	$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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA BVD
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	$0 (Tier 1)	PA BVD
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) (CDV HUMIRA(CF) 10 MG/0.1ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 20 MG/0.2ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 40 MG/0.4ML SYR, HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING, HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING, HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN (CDV HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4ML, CDV HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8ML, HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HUMIRA(CF) PEN CRHN-UC-HS 80MG	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-AHS 80-40	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
HYFTOR 0.2% GEL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	
leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)	$0 (Tier 1)	
methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)	$0 (Tier 1)	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA BVD

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)	$0 (Tier 1)	PA BVD
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA BVD
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA BVD
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR (SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML, SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SIMPONI (100 MG/ML PEN INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
SIMPONI (50 MG/0.5 ML PEN INJEC, 50 MG/0.5 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA BVD
tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule, 5 mg capsule (ir))	$0 (Tier 1)	PA BVD
TYENNE 162 MG/0.9 ML AUTOINJCT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA BVD
Vaccines		
ABRYSVO VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
ACTHIB VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	
AREXVY VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
bcg vaccine (tice strain) vial	$0-$12.65 (Tier 2)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
DAPTACEL DTAP VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
ENGERIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ENGERIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
HIBERIX VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
INFANRIX DTAP VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
IPOL VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
IXIARO VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
JYNNEOS VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
KINRIX VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
M-M-R II VACCINE VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
MENACTRA VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
MENQUADFI VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
MENVEO VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
PENBRAYA VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y KIT	$0-$12.65 (Tier 2)	
PENTACEL VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
PRIORIX VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
PROQUAD VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	
RABAVERT VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
ROTATEQ VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
SHINGRIX VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 365 days)
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	$0-$12.65 (Tier 2)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
TYPHIM VI (25 MCG/0.5 ML AL, 25 MCG/0.5 ML SYRNG)	$0-$12.65 (Tier 2)	
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
VARIVAX VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
VAXCHORA VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
VIVOTIF EC CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates and/or Prodrugs		
balsalazide disodium 750 mg cp	$0 (Tier 1)	
mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)	$0 (Tier 1)	
mesalamine dr 1.2 gm tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Inflammatory Bowel Disease Agents		
mesalamine dr 400 mg capsule	$0 (Tier 1)	
mesalamine er 500 mg capsule	$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
PENTASA 250 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (480 per 30 days)
sulfasalazine 500 mg tablet	$0 (Tier 1)	
sulfasalazine dr 500 mg tab	$0 (Tier 1)	
Glucocorticoids		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
budesonide 2 mg rectal foam	$0 (Tier 1)	PA
budesonide dr 3 mg capsule	$0 (Tier 1)	
budesonide ec 3 mg capsule	$0 (Tier 1)	
hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg/60 ml)	$0 (Tier 1)	

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
RAYALDEE (ER 30 MCG CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
risedronate sodium 150 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
risedronate sodium 35 mg tab	$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)	$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
teriparatide 560mcg/2.24ml pen	$0 (Tier 1)	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 30 days)
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.12 per 28 days)
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.96 per 28 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2.8 per 28 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
atropine 1% eye drop	$0 (Tier 1)	PA
cyclosporine 0.05% eye emuls	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
dorzolamide-timolol eye drops	$0 (Tier 1)	
neo-bacit-poly-hc eye ointment	$0 (Tier 1)	
neomyc-bacit-polymix eye oint	$0 (Tier 1)	
neomyc-polym-gramicid eye drop	$0 (Tier 1)	
neomycin-poly-hc eye drops	$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)	$0 (Tier 1)	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
pilocarpine hcl 1.25% eye drop	$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
sulf-pred 10-0.23% eye drops	$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (7 per 30 days)
tobramycin-dexameth ophth susp	$0 (Tier 1)	
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (8.4 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
Ophthalmic Anti-Infectives		
AZASITE 1% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	
bacitracin 500 unit/gm ophth	$0 (Tier 1)	
bacitracin-polymyxin eye oint	$0 (Tier 1)	
besifloxacin 0.6% eye drop	$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ciprofloxacin 0.3% eye drop	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
erythromycin 0.5% eye ointment	$0 (Tier 1)	
gatifloxacin 0.5% eye drops	$0 (Tier 1)	
gentamicin 0.3% eye drop	$0 (Tier 1)	
moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)	$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	
ofloxacin 0.3% eye drops	$0 (Tier 1)	
polymyxin b-tmp eye drops	$0 (Tier 1)	
sulfacetamide 10% eye drops	$0 (Tier 1)	
tobramycin 0.3% eye drop	$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	$0-$12.65 (Tier 2)	
trifluridine 1% eye drops	$0 (Tier 1)	
XDEMVY 0.25% DROP	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	$0-$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
azelastine hcl 0.05% drops	$0 (Tier 1)	
cromolyn 4% eye drops	$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
bromfenac sodium 0.09% eye drp	$0 (Tier 1)	
dexamethasone 0.1% eye drop	$0 (Tier 1)	
diclofenac 0.1% eye drops	$0 (Tier 1)	
difluprednate 0.05% eye drop	$0 (Tier 1)	
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
FLAREX 0.1% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	
fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)	$0 (Tier 1)	
flurbiprofen 0.03% eye drop	$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)	$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (10 per 180 days)
loteprednol 0.5% ophthalmc gel	$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
loteprednol etabonate (0.2% drp, 0.5% drp)	$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (6 per 180 days)
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	
prednisolone ac 1% eye drop	$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
betaxolol hcl 0.5% eye drop	$0 (Tier 1)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	$0-$12.65 (Tier 2)	
carteolol hcl 1% eye drops	$0 (Tier 1)	
levobunolol 0.5% eye drops	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
timolol maleate (0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)	$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
acetazolamide er 500 mg cap	$0 (Tier 1)	
apraclonidine hcl 0.5% drops	$0 (Tier 1)	
bimatoprost 0.03% eye drops	$0 (Tier 1)	ST
brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)	$0 (Tier 1)	
brimonidine-timolol 0.2%-0.5%	$0 (Tier 1)	
brinzolamide 1% eye drops	$0 (Tier 1)	
dorzolamide hcl 2% eye drops	$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	
latanoprost 0.005% eye drops	$0 (Tier 1)	
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	ST

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)	$0 (Tier 1)	
RHOPRESSA 0.02% OPHTH SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 30 days)
travoprost 0.004% eye drop	$0 (Tier 1)	ST

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Otic Agents		
ofloxacin 0.3% ear drops	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)	$0 (Tier 1)	
flunisolide 0.025% spray	$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
fluticasone prop 100mcg diskus	$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
fluticasone prop 250 mcg disk	$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
fluticasone prop 50 mcg diskus	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
fluticasone prop 50 mcg spray	$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDIHALER (40 MCG, 80 MCG)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (21.2 per 30 days)
Antihistamines		
azelastine 0.1% (137 mcg) spry	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrp)	$0 (Tier 1)	PA
desloratadine 5 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol	$0 (Tier 1)	
levocetirizine 5 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Antileukotrienes		
montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ipratropium br 0.02% soln	$0 (Tier 1)	
ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
tiotropium 18 mcg cap-inhaler	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
albuterol hfa 90 mcg inhaler	$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)	$0 (Tier 1)	
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)	$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)	$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)	$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
arformoterol 15 mcg/2 ml soln	$0 (Tier 1)	PA NSO
epinephrine (0.15 mg auto-injct, 0.3 mg auto-inject)	$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
levalbuterol conc 1.25 mg/0.5	$0 (Tier 1)	PA NSO
levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)	$0 (Tier 1)	PA NSO
levalbuterol tar hfa 45mcg inh	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
NEFFY (1 MG/0.1 ML NASAL SPRAY, 2 MG/0.1 ML NASAL SPRAY)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS 50 MCG	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
Cystic Fibrosis Agents		
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	
KALYDECO (5.8 MG GRANULES PKT, 13.4 MG GRANULES PKT, 25 MG GRANULES PACKET, 50 MG GRANULES PACKET, 75 MG GRANULES PACKET, 150 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORKAMBI (100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (112 per 28 days)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	$0-$12.65 (Tier 2)	
SYMDEKO (50/75 MG-75 MG TABLETS, 100/150 MG-150 MG TABS)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)	$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Mast Cell Stabilizers		
cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)	$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
theophylline 80 mg/15 ml cup	$0 (Tier 1)	
theophylline 80 mg/15ml oral solution	$0 (Tier 1)	
theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)	$0 (Tier 1)	
theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ALYQ 20 MG TABLET	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
bosentan 32 mg tablet for susp	$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
OPSUMIT 10 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, LA
OPSYNVI (10-20 MG TABLET, 10-40 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, LA, QL (30 per 30 days)
ORENITRAM ER (ER 0.125 MG TABLET, ER 0.25 MG TABLET, ER 1 MG TABLET, ER 2.5 MG TABLET, ER 5 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
sildenafil 20 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA
sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA
tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
TYVASO DPI (16 MCG CARTRIDGE, 16-32-48 MCG TITRAT, 32 MCG CARTRIDGE, 32-64 MCG MAINT KIT, 48 MCG CARTRIDGE, 48-64 MCG MAINT KIT, 64 MCG CARTRIDGE, 80 MCG CARTRIDGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
UPTRAVI (200 MCG TABLET, 400 MCG TABLET, 600 MCG TABLET, 800 MCG TABLET, 1,000 MCG TABLET, 1,200 MCG TABLET, 1,400 MCG TABLET, 1,600 MCG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
Pulmonary Fibrosis Agents		
JASCAYD (9 MG TABLET, 18 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)
pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
acetylcysteine (10% vial, 20% vial)	$0 (Tier 1)	
ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALER	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (10.7 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
BRINSUPRI (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)	$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
fluticasone prop hfa 220 mcg	$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)	$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)	$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
fluticasone-salmeterol hfa (45-21, 115-21, 230-21)	$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml	$0 (Tier 1)	
NUCALA (100 MG/ML AUTO-INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.4 per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT (INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (28), INHALER (60))	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
WINREVAIR (2 PACK) (45 MG KIT, 60 MG KIT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
WINREVAIR 45 MG VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
WINREVAIR 60 MG VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
WIXELA INHUB (100-50, 250-50, 500-50)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Skeletal Muscle Relaxants		
Skeletal Muscle Relaxants		
carisoprodol 350 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
orphenadrine er 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Sleep Disorder Agents		
Sleep Promoting Agents		
eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
ramelteon 8 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tasimelteon 20 mg capsule	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Sleep Disorder Agents		
zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Wakefulness Promoting Agents		
armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
sodium oxybate 0.5 g/ml soln	$0 (Tier 1)	PA
XYWAV 0.5 GM/ML ORAL SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, LA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Supplies		
Supplies		
gauze pads & dressings - pads 2 x 2	$0 (Tier 1)	ST
insulin pen needle	$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml	$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml	$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syringe (disp) u-100 1ml	$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad	$0 (Tier 1)	ST
needles, insulin disp., safety	$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

약물의색인

본 섹션에서는 알파벳순으로 약물 이름을 검색하여 찾을 수 있습니다. 이것은 약에 대한 추가 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호를 알려줄 것입니다.

1

1st Generation/Typical....96

2

2nd Generation/Atypical....97

A

abacavir....107
abacavir-lamivudine....107
ABIGALE....200
ABIGALE LO....200
ABILIFY MAINTENA....97
abiraterone acetate....69
ABIRTEGA....69
ABRYSVO VIAL....236
acamprosate calcium....29
acarbose....117
ACCUTANE....162
acebutolol hcl....139
acetaminophen-codeine....23
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5....23
acetazolamide....143
acetazolamide er....250
acetic acid....251
acetylcysteine....260
acitretin....162
Acne and Rosacea Agents....162
ACTEMRA....224
ACTEMRA ACTPEN....224
ACTHAR....192
ACTHAR SELFJECT....192
ACTHIB VACCINE....236
ACTIMMUNE....230
ACTIVELLA....200
acyclovir....114,169
acyclovir sodium....114
ADACEL TDAP....236
adefovir dipivoxil....111
ADEMPAS....257
AIMOVIG AUTOINJECTOR....65
AJOVY AUTOINJECTOR....65
AJOVY AUTOINJECTOR (3 PACK)....65
AJOVY SYRINGE....65
AKEEGA....74
ALA-CORT....163
albendazole....91
albuterol sulfate....254
albuterol sulfate hfa....254
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Proair generic)....254
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Proventil generic)....254
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Ventolin generic)....254
Alcohol Deterrents/Anti-craving....29
ALECENSA....74
alendronate sodium....243
alfuzosin hcl er....191
aliskiren....144
Alkylating Agents....69
allopurinol....64
alogliptin....117
alogliptin-metformin....117
alosetron hcl....181
Alpha-adrenergic Agonists....135
Alpha-adrenergic Blocking Agents....135
alprazolam....115,116
ALTAVERA....200
ALTRIXA OB....174
ALUNBRIG....74
ALYACEN....200
ALYFTREK....260
ALYQ....258
amantadine....93
ambrisentan....258
amcinonide....164
amikacin sulfate....31
amiloride hcl....148
amiloride-hydrochlorothiazide....144
Aminoglycosides....31
Aminosalicylates and/or Prodrugs....241
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....164
AMNESTEEM....162
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....153
anagrelide hcl....130
ANALGESICS....23
Analgesics....23
Analgesics Combinations....23
anastrozole....74
ANDEMBRY AUTOINJECTOR....224

Androgens....197
ANESTHETICS....28
ANGELIQ....200
Angioedema Agents....220
Angiotensin II Receptor Antagonists....136
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors....136
ANNOVERA....198
Anthelmintics....91
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS....29
Anti-Constipation Agents....179
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents....111
Anti-diarrheal Agents....181
Anti-hepatitis B (HBV) Agents....111
Anti-hepatitis C (HCV) Agents....112
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)....105
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)....106
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)....107
Anti-HIV Agents, Other....109
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)....109
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids....252
Anti-influenza Agents....113
Antiandrogens....69
Antiangiogenic Agents....70
Antiarrhythmics....137
ANTIBACTERIALS....31
Antibacterials, Other....31
Anticholinergics....93
Anticoagulants....127
ANTICONVULSANTS....42
Anticonvulsants, Other....42
ANTIDEMENTIA AGENTS....51
ANTIDEPRESSANTS....52
Antidepressants, Other....52
Antidiabetic Agents....117
ANTIEMETICS....59
Antiemetics, Other....59
Antiestrogens/Modifiers....71
ANTIFUNGALS....61
Antifungals....61
ANTIGOUT AGENTS....64
Antigout Agents....64
Antiherpetic Agents....114
Antihistamines....252
Antileukotrienes....253
Antimetabolites....71
ANTIMIGRAINE AGENTS....65
Antimigraine Agents....65
ANTIMYASTHENIC AGENTS....67
ANTIMYCOBACTERIALS....68
Antimycobacterials, Other....68
ANTINEOPLASTICS....69
Antineoplastics....72
Antineoplastics, Other....72
ANTIPARASITICS....91
ANTIPARKINSON AGENTS....93
Antiparkinson Agents, Other....93
Antiprotozoals....92
ANTIPSYCHOTICS....96
Antipsychotics....104
Antispasmodics, Gastrointestinal....181
Antispasmodics, Urinary....190
ANTISPASTICITY AGENTS....105
Antispasticity Agents....105
Antithyroid Agents....220
Antituberculars....68
Antiviral, Coronavirus Agents....114
ANTIVIRALS....105
ANUSOL-HC....242
ANXIOLYTICS....115
Anxiolytics, Other....115
apraclonidine hcl....250
aprepitant....60,61
APRI....201
APTIVUS....109
AQNEURSA....184
ARALAST NP....185
ARANELLE....201
ARANESP....130
ARCALYST....224
AREXVY VACCINE....236
arformoterol tartrate....254
ARIKAYCE....31
aripiprazole....98
aripiprazole odt....98
ARISTADA....98
ARISTADA INITIO....98
armodafinil....264
ARNUITY ELLIPTA....252
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation....74
asenapine maleate....98
ASHLYNA....201
aspirin-dipyridamole er....133
ASTAGRAF XL....230
atazanavir sulfate....109
atenolol....139
atenolol-chlorthalidone....145
atomoxetine hcl....155
atorvastatin calcium....149
atovaquone....92
atovaquone-proguanil hcl....92
atropine 1% eye drop....245

ATROVENT HFA 253
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines 154
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines 155
ATTRUBY 145
AUBRA 201
AUBRA EQ 201
AUGTYRO 72
auranofin *224*
AUSTEDO 156,157
AUSTEDO XR 157
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 157
AUVELITY 52
AVIANE 201
AVMAPKI-FAKZYNJA 72
AVONEX 158
AVONEX (4 PACK) 159
AVONEX PEN 159
AVONEX PEN (4 PACK) 159
AVYCAZ 34
AYVAKIT 74
AZASAN 231
AZASITE 246
azathioprine *231*
azelaic acid *163*
azelastine hcl *248,252*
azithromycin *39*
azithromycin 250 mg tablet (dose pack) *39*
azithromycin 500 mg tablet (dose pack) *39*
aztreonam *31*
AZURETTE 201

B

bacitracin *246*
bacitracin-polymyxin *246*
baclofen *105*
BALCOLTRA 201
balsalazide disodium *241*
BALVERSA 74,75
BALZIVA 201
BAQSIMI 122
BARACLUDE 111
BAXDELA 40
bcg vaccine (tice strain) *236*
benazepril hcl *136*
benazepril-hydrochlorothiazide *145*
Benign Prostatic Hypertrophy Agents 191
BENLYSTA 224
Benzodiazepines 115
benztropine mesylate *93*
besifloxacin hcl *246*
BESREMI 230
Beta-adrenergic Blocking Agents 139
Beta-lactam, Cephalosporins 34
Beta-lactam, Penicillins 36
betaine anhydrous *185*
betamethasone diprop augmented *164*
betamethasone dipropionate *164*
betamethasone valerate *164*
BETASERON 0.3 MG INJECTION 159
betaxolol hcl *139,249*
bethanechol chloride *191*
BETOPTIC S 249
bexarotene *90*
BEXSERO 236
BEYAZ 201
bicalutamide *69*
BICILLIN C-R 37
BICILLIN L-A 37
BIKTARVY 105
bimatoprost *250*
BIMZELX 224
BIMZELX AUTOINJECTOR 225
BIPOLAR AGENTS 117
bisoprolol fumarate *139*
bisoprolol-hydrochlorothiazide *145*
BIVIGAM 221
BLISOVI 24 FE 201
BLISOVI FE 201
BLOOD GLUCOSE REGULATORS 117
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS 127
Blood Products and Modifiers, Other 130
BLUJEPA 32
BONSITY 243
BOOSTRIX TDAP 236
bosentan *258*
BOSULIF 75
BRAFTOVI 75
BREO ELLIPTA 260
BREYNA 260
BREZTRI AEROSPHERE 260
BRIELLYN 201
BRILINTA 133
brimonidine tartrate *250*
brimonidine tartrate-timolol *250*
BRINSUPRI 261
brinzolamide *250*
BRIVIACT 42
bromfenac sodium *248*
bromocriptine mesylate *94*
Bronchodilators, Anticholinergic 253
Bronchodilators, Sympathomimetic 254
BRUKINSA 75
budesonide *242,252*
budesonide dr *242*

budesonide ec *242*
budesonide-formoterol fumarate *261*
bumetanide *148*
buprenorphine hcl *29*
buprenorphine-naloxone *29*
bupropion hcl *52*
bupropion hcl sr *30,52*
bupropion xl *52*
buspirone hcl *115*
butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet *23*

C

cabergoline *217*
CABLIVI 11 MG VIAL KIT 133
CABOMETYX 75
calcipotriene *167*
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists 65
calcitonin-salmon *243*
calcitriol *243*
calcium acetate *178*
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines 141
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines 141
Calcium Channel Modifying Agents 45
CALQUENCE 75
CAMILA 212
CAMRESE LO 201
CAMZYOS 145
candesartan cilexetil *136*
CAPLYTA 98
CAPRELSA 75,76
carbamazepine *48*
carbamazepine er *49*
Carbapenems 39
carbidopa *95*
carbidopa-levodopa *95*
carbidopa-levodopa er *95*
carbidopa-levodopa-entacapone *93*
CARDIOVASCULAR AGENTS 135
Cardiovascular Agents, Other 143
carglumic acid *171*
carisoprodol *263*
carteolol hcl *249*
CARTIA XT 141
carvedilol *139*
caspofungin acetate *61*
CAYSTON 255
cefaclor *34*
cefadroxil *34*
cefazolin sodium *34*
cefdinir *34*
cefepime hcl *34*
cefixime *35*
cefotetan *35*
cefoxitin *35*
cefpodoxime proxetil *35*
cefprozil *35*
ceftaroline fosamil *35*
ceftazidime *35*
ceftriaxone *35*
cefuroxime *35*
cefuroxime sodium *36*
celecoxib *24*
CELLCEPT 231
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS 153
Central Nervous System Agents, Other 156
cephalexin *36*
cevimeline hcl *161*
CHEMET 173
chlordiazepoxide hcl *116*
chlorhexidine gluconate *162*
chloroquine phosphate *92*
chlorpromazine hcl *96*
chlorthalidone *149*
CHOLBAM 185
cholestyramine *150*
cholestyramine light *150*
Cholinesterase Inhibitors 51
ciclopirox *169*
cilostazol *134*
CILOXAN 246
CIMDUO 107
cimetidine *183*
CIMZIA (2 PACK) 231
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT 231
cinacalcet hcl *243*
CINRYZE 220
ciprofloxacin hcl *40,246*
ciprofloxacin-d5w *40*
ciprofloxacin-dexamethasone *251*
ciprofloxacin-hydrocortisone *251*
citalopram hbr *54*
cladribine *159*
CLARAVIS 163
clarithromycin *40*
CLEOCIN 169
CLIMARA PRO 202
clindamycin (pediatric) *32*
clindamycin 1% gel *169*
clindamycin hcl *32*
clindamycin pediatric *32*
clindamycin phos-benzoyl perox *163*
clindamycin phosphate *32,170*
clindamycin phosphate-d5w *32*
CLINIMIX 174
CLINIMIX E 174
CLINISOL 174

CLINOLIPID 174
clobazam *45*
clobetasol emollient *164*
clobetasol propionate *164*
clomipramine hcl *58*
clonazepam *46*
clonazepam 0.125 mg odt *46*
clonazepam 0.5 mg odt *46*
clonazepam 1 mg odt *46*
clonidine *135*
clonidine hcl *135*
clonidine hcl er *155*
clopidogrel *134*
clorazepate dipotassium *46*
clotrimazole *62*
clotrimazole-betamethasone *167*
clozapine *104*
clozapine odt *104*
COARTEM 92
COBENFY 104
COBENFY STARTER PACK 104
codeine sulfate *27*
colchicine *64*
colesevelam hcl *117,150*
colestipol hcl *150*
colistimethate *32*
COMBIPATCH 202
COMBIVENT RESPIMAT . . . 261
COMETRIQ 76
conjugated estrogens *198*
CONSTULOSE 179
COPIKTRA 76
CORTROPHIN 192
CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML 192
COSENTYX (2 SYRINGES) 225
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS) 225
COSENTYX SENSOREADY PEN 225
COSENTYX SYRINGE 225
COSENTYX UNOREADY PEN 225
COTELLIC 76
CRENESSITY 194
CREON 185
CRESEMBA 62
CRINONE 212
cromolyn sodium *248,257*
CROTAN 169
CRYSELLE 202
CTEXLI 185
cyclobenzaprine hcl *263*
cyclophosphamide *69*
cyclosporine *231,245*
cyclosporine modified *231*
cyproheptadine hcl *253*
CYRED 202
CYRED EQ 202
CYSTAGON 185
CYSTARAN 185
Cystic Fibrosis Agents 255

D

dabigatran etexilate *127*
dalbavancin hcl *32*
dalfampridine er *159*
danazol *197*
dantrolene sodium *105*
DANZITEN 76
dapagliflozin *118*
dapagliflozin-metformin er . . *118*
dapsone *68*
DAPTACEL DTAP 237
daptomycin *32*
darifenacin er *190*
darunavir *110*
dasatinib *76*
DAURISMO 76
DAWNZERA 221
DAYBUE 185
DAYBUE STIX 185,186
DEBLITANE 212
deferasirox *173*
deferiprone *173*
deferiprone (3 times a day) . . *173*
deflazacort *193*
DELSTRIGO 106
demeclocycline hcl *41*
DENTAL AND ORAL AGENTS 161
Dental and Oral Agents 161
DEPO-ESTRADIOL 198
DEPO-SUBQ PROVERA 104 212
Dermatitis and Pruritus Agents 163
DERMATOLOGICAL AGENTS 162
Dermatological Agents, Other 167
DESCOVY 108
desipramine hcl *58*
desloratadine *253*
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr *195*
desmopressin acetate *195*
desogestr-eth estrad eth estra *202*
desonide *164*
desoximetasone *165*
desvenlafaxine er *54*
desvenlafaxine succinate er . *54*
dexamethasone *193*
dexamethasone sodium phosphate *248*
dextroamphetamine sulfate . *154*
dextroamphetamine sulfate er *154*

dextroamphetamine-amphetamine ... *154*
dextroamphetamine-amphetamine ... *154*
dextrose 10%-0.2% nacl ... *174*
dextrose 10%-0.45% nacl ... *175*
dextrose 2.5%-0.45% nacl ... *175*
dextrose 5%-0.2% nacl ... *175*
dextrose 5%-0.225% nacl ... *175*
dextrose 5%-0.45% nacl ... *175*
dextrose 5%-0.9% nacl ... *175*
dextrose in water ... *175*
DIACOMIT ... 42
diazepam ... *46,116*
diazoxide ... *122*
dichlorphenamide ... *186*
diclofenac epolamine ... *24*
diclofenac potassium ... *24*
diclofenac sodium ... *24,167,248*
diclofenac sodium er ... *24*
dicloxacillin sodium ... *37*
dicyclomine hcl ... *181*
DIFICID ... 40
diflorasone diacetate ... *165*
difluprednate ... *248*
digoxin ... *138,145*
digoxin 125 mcg tablet ... *138*
digoxin 250 mcg tablet ... *138*
dihydroergotamine mesylate ... *66*
DILANTIN ... 49
DILANTIN-125 ... 49
DILT-XR ... 142
diltiazem 12hr er ... *142*
diltiazem 24hr er ... *142*
diltiazem 24hr er (cd) ... *142*
diltiazem 24hr er (xr) ... *142*
diltiazem hcl ... *142*
dimethyl fumarate ... *159*
diphenoxylate-atropine ... *181*
dipyridamole ... *134*
disopyramide phosphate ... *138*
disulfiram ... *29*
Diuretics, Loop ... 148
Diuretics, Potassium-sparing ... 148
Diuretics, Thiazide ... 149
divalproex sodium ... *43*
divalproex sodium er ... *43*
dofetilide ... *138*
DOJOLVI ... 173
DOLISHALE ... 202
donepezil hcl ... *51*
donepezil hcl odt ... *51*
Dopamine Agonists ... 94
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors ... 95
DOPTELET ... 134
dorzolamide hcl ... *250*
dorzolamide-timolol ... *245*
DOTTI ... 198
DOVATO ... 105
doxazosin mesylate ... *135*
doxepin hcl ... *58,165*
doxercalciferol ... *243*
DOXY 100 ... 41
doxycycline hyclate ... *41,162*
doxycycline monohydrate ... *42*
DRIZALMA SPRINKLE ... 54
dronabinol ... *61*
drospirenone-eth estra-levomef ... *202*
drospirenone-ethinyl estradiol ... *202*
droxidopa ... *135*
DUAVEE ... 214
duloxetine hcl ... *54*
DUPIXENT PEN ... 225
DUPIXENT SYRINGE ... 225
dutasteride ... *191*
DUVYZAT ... 186
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives ... 149
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors ... 149
Dyslipidemics, Other ... 150

E

ec-naproxen ... *25*
econazole nitrate ... *170*
EDURANT ... 106
EDURANT PED ... 106
efavirenz ... *107*
efavirenz-emtric-tenofov disop ... *106*
efavirenz-lamivu-tenofov disop ... *107*
EGRIFTA SV ... 195
EGRIFTA WR ... 195
Electrolyte/Mineral Replacements ... 171
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers ... 173
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS ... 171
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins ... 174
ELIGARD ... 217
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE ... 217
ELIGARD 30 MG SYRINGE ... 217
ELIGARD 45 MG SYRINGE ... 218
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE ... 218
ELIQUIS ... 127
ELMIRON ... 191
eltrombopag olamine ... *130,131*
ELURYNG ... 202
ELYXYB ... 65

Emetogenic Therapy Adjuncts....60
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)....66
EMGALITY PEN....65
EMGALITY SYRINGE....66
EMPAVELI....225
EMSAM....53
emtricitabine....*108*
emtricitabine-rilpivirne-tenof....*107*
emtricitabine-tenofovir disop....*108*
EMTRIVA....108
enalapril maleate....*136*
enalapril-hydrochlorothiazide....*145*
ENBREL....231
ENBREL MINI....231
ENBREL SURECLICK....232
ENGERIX-B ADULT....237
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT....237
ENILLORING....202
enoxaparin sodium....*127,128*
ENPRESSE....202
ENSACOVE....77
ENSKYCE....202
ENSPRYNG....159
entacapone....*94*
entecavir....*111*
ENTRESTO....145
ENTRESTO SPRINKLE....145
ENULOSE....179
EPCLUSA....112
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION....43
epinephrine....*254*
eplerenone....*152*
EPOGEN....131
ERAXIS....62
Ergot Alkaloids....66
ERIVEDGE....77
ERLEADA....69,70
erlotinib hcl....*77*
ERMEZA....214
ERRIN....212
ertapenem....*39*
ERYTHROCIN LACTOBIONATE....40
erythromycin....*40,170,247*
erythromycin-benzoyl peroxide....*163*
ERZOFRI....99
escitalopram oxalate....*55*
eslicarbazepine acetate....*49*
esomeprazole magnesium....*184*
ESTARYLLA....202
ESTRACE....198
estradiol....*198*
estradiol (once weekly)....*199*
estradiol (twice weekly)....*199*
estradiol valerate....*199*
estradiol-norethindrone acetat....*203*
ESTRING....199
Estrogens....198
eszopiclone....*263*
ethambutol hcl....*68*
ethosuximide....*45*
ethynodiol-ethinyl estradiol....*203*
etodolac....*25*
etonogestrel-ethinyl estradiol....*203*
etravirine....*107*
EUCRISA....167
EULEXIN....70
EUTHYROX....214
everolimus....*77,232*
EVOTAZ....110
exemestane....*74*
EXXUA....55
EYSUVIS....248
ezetimibe....*151*

F

FABHALTA....223
FALMINA....203
famciclovir....*114*
famotidine....*183*
FANAPT....99
FARXIGA....118
FASENRA....261
FASENRA PEN....261
febuxostat....*64*
FEIRZA....203
felbamate....*43*
felodipine er....*141*
FEMLYV....203
FEMRING....199
fenofibrate....*149*
fenofibric acid....*149*
fentanyl....*26*
FERRIPROX....173
fesoterodine fumarate er....*190*
FETZIMA....55
FIASP....123
FIASP FLEXTOUCH....123
FIASP PENFILL....124
Fibromyalgia Agents....158
fidaxomicin....*40*
FILSPARI....146
FILSUVEZ....167
finasteride....*191*
fingolimod....*159*
FINTEPLA....43
FINZALA....203
FIRMAGON....218
FLAREX....248
flavoxate hcl....*190*
flecainide acetate....*138*
fluconazole....*62*
fluconazole in saline....*62*
fluconazole-nacl....*62*

flucytosine *62*
fludrocortisone acetate *193*
flunisolide *252*
fluocinolone acetonide *165*
fluocinolone acetonide oil . . . *251*
fluocinonide *165*
fluocinonide-e *165*
fluoride *171*
fluorometholone *248*
fluorouracil *167*
fluoxetine hcl *55,56*
fluphenazine decanoate *96*
fluphenazine hcl *96*
flurbiprofen sodium *248*
fluticasone propionate . . *165,252*
fluticasone propionate hfa . . *261*
fluticasone-salmeterol *261*
fluticasone-salmeterol hfa . . *261*
fluvoxamine maleate *56*
FML FORTE 248
fondaparinux sodium *128*
fosamprenavir calcium *110*
fosfomycin tromethamine *32*
fosinopril sodium *137*
fosinopril-hydrochlorothiazide *146*
FOTIVDA *77*
FRAGMIN 128,129
FRUZAQLA 77
FULPHILA 131
furosemide *148*
FYAVOLV 203
FYLNETRA 131

G

gabapentin *46,47*
GALAFOLD 186
galantamine er *51*
galantamine hbr *51*
galantamine hydrobromide . . . *51*
GALBRIELA 203
GALLIFREY 212
Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents . . 45
GAMMAGARD LIQUID 221
GAMMAGARD LIQUID ERC 221
GAMMAGARD S-D 222
GAMMAKED 222
GAMMAPLEX 222
GAMUNEX-C 222
GARDASIL 9 237
GASTROINTESTINAL AGENTS 179
Gastrointestinal Agents, Other 182
gatifloxacin *247*
GATTEX 5 MG INJECTION . 182
gauze pads & dressings - pads 2 x 2 . . . . . *265*
GAVILYTE-C 182
GAVILYTE-G 182
GAVILYTE-N 182
GAVRETO 77
gefitinib *77*
gemfibrozil *149*
GEMMILY 203
GEMTESA 190
GENERLAC 179
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT 184
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment 184
GENGRAF 232
GENITOURINARY AGENTS 190
Genitourinary Agents, Other 191
GENOTROPIN 195
gentamicin sulfate . . . *31,170,247*
gentamicin sulfate in ns *31*
GENVOYA 105
GILENYA 160
GILOTRIF 78
GIMOTI 59
GLASSIA 186
glatiramer acetate *160*
GLATOPA 160
glimepiride *118*
glipizide *118*
glipizide er *118*
glipizide xl *118*
glipizide-metformin *118,119*
GLOPERBA 64
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT 122
Glucocorticoids 242
glucose 5%-0.9% nacl *175*
glucose in water *175*
glyburide *119*
glyburide-metformin hcl *119*
Glycemic Agents 122
glycerol phenylbutyrate *186*
glycopyrrolate *181*
GOLYTELY 182
GOMEKLI 78
granisetron hcl *61*
GRANIX 131
GRASTEK 223
griseofulvin *62*
griseofulvin ultramicrosize . . . *62*
guanfacine hcl *135*
guanfacine hcl er *155*
GVOKE 122
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 122
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 122,123
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 123

GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE....123

H

HAEGARDA....221
HAILEY 24 FE....203
HAILEY FE....204
halobetasol propionate....*165*
haloperidol....*96*
haloperidol decanoate....*96*
haloperidol decanoate 100....*96*
haloperidol lactate....*96*
HAVRIX....237
HEATHER....212
HEMADY....91
Hemostasis Agents....133
heparin sodium....*129*
HEPLISAV-B....237
HERNEXEOS....78
HIBERIX VACCINE....237
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists....183
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)....192
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)....192
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY)....194
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)....194
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)....197
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers), Other....200
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)....214
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)....214
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)....217
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)....217
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)....220
HUMALOG....124
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN....124
HUMALOG KWIKPEN U-100....124
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN....124
HUMALOG MIX 75-25....124
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN....124
HUMATROPE....195
HUMIRA....232
HUMIRA PEN....232
HUMIRA(CF)....232
HUMIRA(CF) PEN....232
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS....233
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS....233
HUMULIN 70-30....124
HUMULIN 70/30 KWIKPEN....124
HUMULIN N....124
HUMULIN N KWIKPEN....125
HUMULIN R....125
hydralazine hcl....*152*
hydrochlorothiazide....*149*
hydrocodone-acetaminophen....*23*
hydrocodone-acetaminophen 10-325mg....*23*
hydrocodone-acetaminophen 5-325mg....*23*
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg....*23*
hydrocodone-ibuprofen....*23*
hydrocortisone....*165,242*
hydrocortisone butyrate....*166*
hydrocortisone valerate....*166*
hydromorphone hcl....*27*
hydroxychloroquine sulfate....*92*
hydroxyurea....*72*
hydroxyzine 2 mg/ml oral solution....*115*
hydroxyzine hcl....*115*
hydroxyzine pamoate....*115*
HYFTOR....233
HYRNUO....78

I

ibandronate sodium....*243*
IBRANCE....78
IBTROZI....78
IBU....25
ibuprofen....*25*
icatibant....*221*
ICLEVIA....204
ICLUSIG....78
icosapent ethyl....*151*
IDHIFA....79
ILUMYA....226
imatinib mesylate....*79*
IMBRUVICA....79
imipenem-cilastatin sodium....*39*
imipramine hcl....*59*

imiquimod *167*
IMKELDI 79
Immunoglobulins 221
IMMUNOLOGICAL AGENTS 220
Immunological Agents 223
Immunological Agents, Other 224
Immunostimulants 230
Immunosuppressants 230
IMOVAX RABIES VACCINE 237
IMPAVIDO 92
IMVEXXY 199
INCASSIA 212
INCRELEX 195
indapamide *149*
indomethacin *25*
INFANRIX DTAP VACCINE 237
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS 241
INGREZZA 157
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 157
INGREZZA SPRINKLE 157
INLURIYO 71
INLYTA 79
INQOVI 72
INREBIC 79
insulin aspart *125*
insulin aspart flexpen *125*
insulin aspart penfill *125*
insulin aspart prot mix 70-30 . . . . . *125*
insulin glargine max solostar *125*
insulin glargine solostar *125*
insulin glargine-yfgn *125*
insulin lispro *125*
insulin lispro junior kwikpen . . *125*
insulin lispro kwikpen u-100 . . *125*
insulin lispro protamine mix . . *125*
insulin pen needle *265*
insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml *265*
insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml *265*
insulin syringe (disp) u-100 1ml *265*
Insulins 123
INTELENCE 107
INTRALIPID 175
INTRAROSA 204
INTROVALE 204
INVEGA HAFYERA 99,100
INVEGA SUSTENNA 100
INVEGA TRINZA 100
INVOKAMET 119
INVOKAMET XR 119
INVOKANA 119
IOPIDINE 250
IPOL 238
ipratropium bromide *253*
ipratropium-albuterol *262*
IQIRVO 182
irbesartan *136*
irbesartan-hydrochlorothiazide *146*
ISENTRESS 105,106
ISENTRESS HD 106
ISIBLOOM 204
ISOLYTE P WITH DEXTROSE 175
ISOLYTE S 171
isoniazid *68*
isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad *265*
isosorbide dinitrate *152*
isosorbide mononit er 60 mg tb *153*
isosorbide mononitrate er . . . *153*
isotretinoin *163*
ISTURISA 196
ITOVEBI 79,80
itraconazole *63*
ivabradine hcl *146*
ivermectin *91*
IWILFIN 72
IXIARO VACCINE 238

J

JAIMIESS 204
JAKAFI 80
jantoven *129*
JANUMET 119
JANUMET XR 119,120
JANUVIA 120
JARDIANCE 120
JASCAYD 259
JASMIEL 204
JAVYGTOR 186
JAYPIRCA 80
JAYTHARI 193
JINTELI 204
JOENJA 186
JOURNAVX 23
JOYEAUX 204
JULEBER 204
JULUCA 106
JUNEL 204
JUNEL FE 204
JUNEL FE 24 205
JUXTAPID 151
JYLAMVO 233
JYNNEOS VACCINE 238

K

KAITLIB FE 205
KALETRA 110
KALYDECO 255
KARIVA 205
kcl-d5w-0.2% nacl *176*
kcl-d5w-0.225% nacl *176*

kcl-d5w-0.45% nacl *176*
kcl-d5w-0.9% nacl *176*
KELNOR 1-35 205
KERENDIA 152
ketoconazole *63*
ketorolac tromethamine *249*
KEVZARA 226
KINERET 226
KINRIX VACCINE 238
KIONEX 178
KISQALI 80
KISQALI FEMARA CO-PACK 72
KLAYESTA 63
KLOR-CON 10 171
KLOR-CON 8 171
KLOXXADO 30
KOSELUGO 80
KOURZEQ 162
KRAZATI 81
KRINTAFEL 92
KRISTALOSE 179
KURVELO 205
KYLEENA 205
KYMBEE 193

L

l-glutamine 186
labetalol hcl *140*
lacosamide *49*
lactulose *180*
LAGEVRIO (EUA) 114
lamivudine *108*
lamivudine 100 mg tablet *111*
lamivudine-zidovudine *108*
lamotrigine *43*
lamotrigine (blue) *43*
lamotrigine (green) *43*
lamotrigine (orange) *43*
lansoprazol-amoxicil-clarithro *182*
lansoprazole *184*
LANTUS 125
LANTUS SOLOSTAR 126
lapatinib *81*
LARIN 205
LARIN FE 205
latanoprost *250*
LAYOLIS FE 205
LAZCLUZE 81
ledipasvir-sofosbuvir *112*
leflunomide *233*
lenalidomide *70*
LENVIMA 81
LEQSELVI 226
LESSINA 205
letrozole *74*
leucovorin calcium *91*
LEUKERAN 69
LEUKINE 230
leuprolide acetate *218*
leuprolide depot *218*
levalbuterol concentrate *255*
levalbuterol hcl *255*
levalbuterol tartrate hfa *255*
levetiracetam *44*
levetiracetam er *44*
levobunolol hcl *249*
levocarnitine *176*
levocetirizine dihydrochloride *253*
levofloxacin *40*
levofloxacin-d5w *41*
LEVONEST 205
levonorg-eth estrad eth estrad *205*
levonorgestrel-eth estradiol *206*
levorphanol tartrate *26*
levothyroxine sodium *215*
LEVOXYL 215
lidocaine *28*
lidocaine hcl *28*
lidocaine hcl viscous *28*
lidocaine-prilocaine *28*
LILETTA 206
linezolid *32*
linezolid-d5w *33*
LINZESS 180
LIOMNY 215
liothyronine sodium *216*
lisinopril *137*
lisinopril-hydrochlorothiazide *146*
LITFULO 226
lithium carbonate *117*
lithium carbonate er *117*
lithium citrate *117*
LITHOSTAT 192
LIVTENCITY 111
LO LOESTRIN FE 206
Local Anesthetics 28
LOESTRIN 206
LOESTRIN FE 206
lofexidine hcl *29*
LOJAIMIESS 206
LOKELMA 178
lomustine *69*
LONSURF 73
loperamide *181*
lopinavir-ritonavir *110*
lorazepam *116*
LORAZEPAM INTENSOL 116
LORBRENA 81
LORYNA 206
losartan potassium *136*
losartan-hydrochlorothiazide *146*
LOTEMAX 249
loteprednol etabonate *249*
lovastatin *150*
LOW-OGESTREL 206
loxapine *97*
lubiprostone *180*

LUIZZA....206
LUMAKRAS....81,82
LUMIGAN....250
LUPKYNIS....233
LUPRON DEPOT....218
LUPRON DEPOT (LUPANETA)....218
LUPRON DEPOT-PED....219
lurasidone hcl....*101*
LUTERA....206
LYBALVI....101
LYLEQ....212
LYLLANA....200
LYNPARZA....82
LYSODREN....73
LYTGOBI....82
LYZA....212

M

M-M-R II VACCINE....238
Macrolides....39
magnesium sulfate....*171,176*
malathion....*169*
maraviroc....*109*
MARLISSA....207
MARPLAN....53
Mast Cell Stabilizers....257
MATERNACEL....177
MATERVIA....177
MATULANE....69
MAVENCLAD....160
MAVYRET....112
MAYZENT....160
meclizine hcl....*59*
medroxyprogesterone acetate....*213*
mefloquine hcl....*92*
megestrol acetate....*213*
megestrol acetate 40mg/ml oral suspension....*213*
MEKINIST....82
MEKTOVI....82
MELEYA....213
meloxicam....*25*
memantine hcl....*51,52*
memantine hcl er....*52*
MENACTRA....238
MENOSTAR....200
MENQUADFI....238
MENVEO VACCINE....238
meperidine hcl....*27*
meprobamate....*115*
mercaptopurine....*71*
meropenem....*39*
mesalamine....*241*
mesalamine dr....*242*
mesalamine er....*242*
mesna....*91*
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS....243
Metabolic Bone Disease Agents....243
metformin hcl....*120*
metformin hcl er....*120*
methadone hcl....*26*
methazolamide....*251*
methimazole....*220*
methocarbamol....*263*
methotrexate....*233*
methotrexate sodium....*233*
methoxsalen....*167*
methsuximide....*45*
methylphenidate....*155*
methylphenidate er....*155,156*
methylphenidate er (la)....*156*
methylphenidate hcl....*155,156*
methylphenidate hcl cd....*156*
methylphenidate hcl er (cd)....*156*
methylphenidate la....*156*
methylphenidate sr....*156*
methylprednisolone....*193*
methyltestosterone....*197*
metoclopramide hcl....*60*
metolazone....*149*
metoprolol succinate....*140*
metoprolol tartrate....*140*
metoprolol-hydrochlorothiazide....*146*
metronidazole....*33*
metyrosine....*146*
mexiletine hcl....*138*
MIBELAS 24 FE....207
micafungin....*63*
miconazole 3....*63*
MICROGESTIN....207
MICROGESTIN FE....207
midodrine hcl....*135*
mifepristone....*219*
MIGERGOT....66
miglustat....*186*
MILI....207
MIMVEY....207
Mineralocorticoid Receptor Antagonists....152
minocycline hcl....*42*
minoxidil....*152*
MINZOYA....207
MIPLYFFA....186
MIRENA....207
mirtazapine....*53*
misoprostol....*183*
modafinil....*264*
MODEYSO....82
moexipril hcl....*137*
Molecular Target Inhibitors....74
molindone hcl....*97*
mometasone furoate....*166*
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors....95
Monoamine Oxidase Inhibitors....53
montelukast sodium....*253*

Mood Stabilizers 117
morphine sulfate 27
morphine sulfate er 26
MOUNJARO 120
MOVANTIK 180
moxifloxacin 41,247
moxifloxacin hcl 41
MRESVIA 238
MULTAQ 138
multiple electrolytes t1 ph5.5 171
multiple electrolytes t1 ph7.4 171
Multiple Sclerosis Agents 158
mupirocin 170
MYALEPT 182
mycophenolate mofetil 233
mycophenolic acid 234
MYFEMBREE 219
MYFORTIC 234
MYHIBBIN 234
MYRBETRIQ 190
MYTESI 181

N

N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist 51
nabumetone 25
nadolol 140
nafcillin sodium 37
naftifine hcl 170
naloxone hcl 30
naltrexone hcl 29
naproxen 25
naratriptan 1 mg tablet 66
naratriptan 2.5 mg tablet 66
NATACYN 247
NATAL PNV 177
NATAZIA 207
nateglinide 120
NAYZILAM 47
nebivolol hcl 140
NECON 207
needles, insulin disp., safety 265
nefazodone hcl 56
NEFFY 255
NEO-VITAL RX 177
NEOMATERNA 177
neomycin sulfate 31
neomycin-bacitracin-poly-hc 245
neomycin-bacitracin-polymyxin 245
neomycin-polymyxin-dexameth 245
neomycin-polymyxin-gramicidin 245
neomycin-polymyxin-hc 245,251
neomycin-polymyxin-hydrocort 251
NEORAL 234
NERLYNX 82
NEUAC 163
NEULASTA 131
NEUPOGEN 131
NEUPRO 94
NEVANAC 249
nevirapine 107
nevirapine er 107
NEXLETOL 146
NEXLIZET 151
NEXPLANON 213
NEXTSTELLIS 207
niacin er 151
NICOTROL NS 30
nifedipine 141
nifedipine er 141
NIKKI 207
nilotinib d-tartrate 83
nilotinib hcl 83
nilutamide 70
nimodipine 141
NINLARO 83
nitazoxanide 92
NITRO-BID 153
nitrofurantoin 33
nitrofurantoin mono-macro 33
nitroglycerin 153
nitroglycerin patch 153
NITROSTAT 153
NIVESTYM 132
nizatidine 183
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs 24
NORA-BE 213
NORDITROPIN FLEXPRO 196
norelgestromin-eth estradiol 207
norethin-eth estra-ferrous fum 208
norethindron-ethinyl estradiol 208
norethindrone 213
norethindrone ac (lupaneta) 213
norethindrone acetate 213
norethindrone-e.estradiol-iron 208
norgestimate-ethinyl estradiol 208
NORTREL 208
nortriptyline hcl 59
NORVIR 110
NOURIANZ 94
NOVOLIN 70-30 126
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN 126
NOVOLIN N 126
NOVOLIN N FLEXPEN 126
NOVOLIN R 126
NOVOLIN R FLEXPEN 126
NOVOLOG 126
NOVOLOG FLEXPEN 126
NOVOLOG MIX 70-30 126
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN 127

NOVOLOG PENFILL 127
NUBEQA 70
NUCALA 262
NUEDEXTA 158
NUPLAZID 101
NURTEC ODT 66
NUTRILIPID 177
NUVARING 208
NYAMYC 63
NYLIA 208
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION 141
nystatin 63
nystatin-triamcinolone 167
NYSTOP 63
NYVEPRIA 132

O

OCTAGAM 222
octreotide acetate 219
ODACTRA 223
ODEFSEY 108
ODOMZO 83
OFEV 260
ofloxacin 41,247,252
OGSIVEO 73
OJEMDA 83
OJJAARA 83
olanzapine 101
olanzapine odt 101
olanzapine-fluoxetine hcl 53
olmesartan medoxomil 136
olmesartan-hydrochlorothiazide 147
OLUMIANT 226
omega-3 acid ethyl esters 151
omeprazole 184
OMNITROPE 196
OMVOH 226
OMVOH PEN 226
ONAPGO 94
ondansetron hcl 61
ondansetron odt 61
ONGENTYS 94
ONUREG 71
OPHTHALMIC AGENTS 245
Ophthalmic Agents, Other 245
Ophthalmic Anti-allergy Agents 248
Ophthalmic Anti-Infectives 246
Ophthalmic Anti-inflammatories 248
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents 249
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other 250
Opioid Analgesics, Long-acting 26
Opioid Analgesics, Short-acting 27
Opioid Dependence 29
Opioid Reversal Agents 30
OPIPZA 101
OPSUMIT 258
OPSYNVI 258
OPVEE 30
ORENCIA 227
ORENCIA CLICKJECT 227
ORENITRAM ER 258
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT 258
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT 258
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT 258
ORGOVYX 73
ORIAHNN 219
ORKAMBI 256
ORLADEYO 221
ORLYNVAH 39
ORMALVI 187
orphenadrine citrate er 263
ORQUIDEA 213
ORSERDU 71
oseltamivir phosphate 113
OTEZLA 168
OTEZLA XR 168
OTIC AGENTS 251
Otic Agents 251
oxacillin 38
oxacillin sodium 38
oxazepam 116
oxcarbazepine 49
OXERVATE 245
oxiconazole nitrate 170
OXISTAT 170
oxybutynin chloride 190
oxybutynin chloride er 190
oxycodone hcl 27
oxycodone-acetaminophen 24
oxymorphone hcl 28
oxymorphone hcl er 27
OZEMPIC 120

P

paliperidone er 101,102
PALYNZIQ 187
PANCREAZE 187
PANRETIN 91
pantoprazole sodium 184
PANZYGA 223
Parasympathomimetics 67
paricalcitol 243
paroxetine hcl 56
PAXLOVID 114,115
pazopanib hcl 83
PEDIARIX 238
Pediculicides/Scabicides 169
PEDVAXHIB 239
peg 3350-electrolyte 182
peg-3350 and electrolytes 182

peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c *182*
PEGASYS 230
PEMAZYRE 84
PENBRAYA VACCINE 239
penciclovir *114*
penicillamine *192*
penicillin g potassium *38*
penicillin g sodium *38*
penicillin gk-iso-osm dextrose *38*
penicillin v potassium *38*
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y 239
PENTACEL VACCINE 239
pentamidine isethionate *92*
PENTASA 242
pentoxifylline *147*
perampanel *44*
perindopril erbumine *137*
permethrin *169*
perphenazine *97*
perphenazine-amitriptyline *53*
PERSERIS 102
PERSERIS ER 90 MG SYRINGE KIT 102
PERTZYE 187
phenelzine sulfate *54*
phenobarbital *47*
phenoxybenzamine hcl *135*
PHENYTEK 50
phenytoin *50*
phenytoin sodium extended *50*
Phosphate Binders 178
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease 257
PHYRAGO 84
PIFELTRO 107
pilocarpine hcl *162,246,251*
pimecrolimus *166*
pimozide *97*
PIMTREA 209
pindolol *140*
pioglitazone hcl *121*
piperacillin-tazobactam *38*
PIQRAY 84
pirfenidone *260*
piroxicam *25*
PLASMA-LYTE A 171
PLASMA-LYTE A PH 7.4 171
Platelet Modifying Agents 133
PLENAMINE 187
pmdd fluoxetine 10mg tablet *56*
pmdd fluoxetine 20mg tablet *56*
podofilox *168*
polymyxin b sul-trimethoprim *247*
polymyxin b sulfate *33*
pomalidomide *70*
PONVORY 160
PORTIA 209
posaconazole *63*
Potassium Binders 178
potassium chloride *171*
potassium chloride in d5lr *176*
potassium chloride proamp *172*
potassium chloride-0.45% nacl *172*
potassium chloride-0.9% nacl *172*
potassium chloride-dextrose 5% *176*
potassium chloride-water *172*
potassium citrate er *172*
pramipexole dihydrochloride *94*
prasugrel hcl *134*
pravastatin sodium *150*
praziquantel *91*
prazosin hcl *135*
PRED MILD 249
prednisolone *193*
prednisolone acetate *249*
prednisolone sodium phosphate *194*
prednisone *194*
PREDNISONE INTENSOL 194
pregabalin *47*
pregabalin er *158*
PREMARIN 200
PREMASOL 177
PREMPHASE 209
PREMPRO 209
prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet *177*
PREVALITE 151
PREVYMIS 111
PREZCOBIX 110
PREZISTA 110
PRIFTIN 68
primaquine *93*
primidone *48*
PRIORIX 239
PRIVIGEN 223
probenecid *65*
probenecid-colchicine *65*
prochlorperazine *60*
prochlorperazine maleate *60*
PROCRIT 132
PROCTO-MED HC 166
PROCTOSOL-HC 166
PROCTOZONE-HC 166
progesterone *213*
Progestins 212
PROGRAF 234
PROLASTIN C 187
PROLIA 243
promethazine hcl *60*
PROMETHEGAN 60
propafenone hcl *138*
propafenone hcl er *138*
propranolol hcl *140*
propranolol hcl er *140*

propylthiouracil *220*
PROQUAD 239
PROSOL 177
Protectants 183
Proton Pump Inhibitors 184
protriptyline hcl *59*
PRURADIK 169
Pulmonary Antihypertensives *257*
Pulmonary Fibrosis Agents . 259
PULMOZYME *256*
PYQUVI 194
pyrazinamide *68*
pyridostigmine bromide *67*
pyridostigmine bromide er . . . *67*
pyrimethamine *93*
PYRUKYND 187,188
PYRUKYND 20 MG TABLET 187
PYRUKYND 5 MG TABLET 187
PYRUKYND 50 MG TABLET 188

Q

QBREXZA 168
QINLOCK 84
QUADRACEL DTAP-IPV . . . 239
quetiapine fumarate *102*
quetiapine fumarate er *102*
quinapril hcl *137*
quinidine gluconate *139*
quinidine sulfate *139*
quinine sulfate *93*
Quinolones 40
QVAR REDIHALER 252

R

RABAVERT VACCINE 239
rabeprazole sodium *184*
RADICAVA ORS 153
RALDESY 56
raloxifene hcl *214*
ramelteon *263*
ramipril *137*
ranolazine er *147*
RAPAMUNE 234
rasagiline mesylate *95*
RAYALDEE 244
REBIF 161
REBIF REBIDOSE 161
RECLIPSEN 209
RECOMBIVAX HB 239
RECORLEV 219
RELENZA 113
RELEUKO 132
RELISTOR 180
repaglinide *121*
REPATHA SURECLICK 151
REPATHA SYRINGE 152
Respiratory Tract Agents, Other 260
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS 252
RETACRIT 132
RETEVMO 84,85
Retinoids 90
REVCOVI 188
REVUFORJ 73
REXTOVY 30
REXULTI 102
REYATAZ 110
REZDIFFRA 216
REZLIDHIA 85
REZUROCK 223
RHOPRESSA 251
ribavirin *112*
rifabutin *68*
rifampin *68*
riluzole *154*
rimantadine hcl *113*
RINVOQ 227
RINVOQ LQ 227
risedronate sodium *244*
risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12) *244*
risperidone *102,103*
risperidone er *103*
risperidone odt *103*
ritonavir *111*
rivaroxaban *129*
rivastigmine *51*
RIVELSA 209
RIVFLOZA 188
rizatriptan *66*
roflumilast *257*
ROMVIMZA 85
ropinirole hcl *95*
rosuvastatin calcium *150*
ROSYRAH 209
ROTARIX 240
ROTATEQ 240
ROZLYTREK 85
RUBRACA 85
rufinamide *50*
RUKOBIA 109
RYBELSUS 121
RYDAPT 85

S

sacubitril-valsartan *147*
SAFYRAL 209
SAJAZIR 221
SANDIMMUNE 234
SANTYL 168
sapropterin dihydrochloride .*188*
SAVELLA 158
SCEMBLIX 86
scopolamine *60*
SECUADO 103
SELARSDI 227

Selective Estrogen Receptor Modifying Agents 214
selegiline hcl 95
selenium sulfide 166
SELZENTRY 109
SEREVENT DISKUS 255
SEROSTIM 182,196
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists 66
sertraline hcl 57
SETLAKIN 209
sevelamer carbonate 178
sevelamer hcl 178
SHAROBEL 214
SHINGRIX VACCINE 240
SIGNIFOR 219
SIKLOS 188
sildenafil 259
sildenafil citrate 153,259
SILIQ 227
SILVADENE 168
silver sulfadiazine 168
SIMLANDI(CF) 234
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR 235
SIMPONI 235
simvastatin 150
sirolimus 235
SIRTURO 68
SIVEXTRO 33
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS 263
Skeletal Muscle Relaxants 263
SKYCLARYS 158
SKYLA 209
SKYRIZI 227
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY 227
SKYRIZI ON-BODY 228
SKYRIZI PEN 227
SKYTROFA 196
SLEEP DISORDER AGENTS 263
Sleep Promoting Agents 263
Smoking Cessation Agents 30
sod sulf-potass sulf-mag sulf 182
Sodium Channel Agents 48
sodium chloride 172
sodium chloride-water 173
sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet 173
sodium oxybate 264
sodium phenylbutyrate 188
sodium polystyrene sulfonate 179
sodium sulfacetamide 41
sofosbuvir-velpatasvir 113
SOGROYA 197
SOHONOS 244
solifenacin succinate 190
SOLOSEC 33
SOLTAMOX 71
SOMAVERT 219
sorafenib 86
sotalol 139
SOTALOL AF 139
SOTYKTU 228
SOVALDI 113
SPEVIGO 168,228
SPIRIVA RESPIMAT 253
spironolactone 152
spironolactone-hctz 147
SPRINTEC 209
SPS 179
SSD 168
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor) 54
STELARA 228
STEQEYMA 228
STIMUFEND 132
STIOLTO RESPIMAT 262
STIVARGA 86
streptomycin sulfate 31
STRIBILD 106
STRIVERDI RESPIMAT 255
SUBVENITE 44
SUBVENITE (BLUE) 44
SUBVENITE (GREEN) 45
SUBVENITE (ORANGE) 45
sucralfate 184
sulfacetamide sodium 41,247
sulfacetamide-prednisolone 246
sulfadiazine 41
sulfamethoxazole-trimethoprim 41
SULFAMYLON 170
sulfasalazine 242
sulfasalazine dr 242
Sulfonamides 41
sulindac 26
sumatriptan 66
sumatriptan succinate 67
sunitinib malate 86
SUNLENCA 109
SUPPLIES 265
Supplies 265
SUTAB 180
SYEDA 209
SYMDEKO 256
SYMPAZAN 48
SYMTUZA 111
SYNAREL 220
SYNJARDY 121
SYNJARDY XR 121
SYNTHROID 216

T

TABLOID 72
TABRECTA 73

tacrolimus *166,235*
tadalafil *191*
tadalafil 20mg tablet (adcirca generic) *259*
TADLIQ 259
TAFINLAR 86
TAGRISSO 86
TAKHZYRO 221
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR 228
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE 228
TALTZ SYRINGE 228
TALZENNA 86,87
tamoxifen citrate *71*
tamsulosin hcl *191*
TARINA 24 FE 210
TARINA FE 210
TARINA FE 1-20 EQ 210
TARPEYO 223
TASCENSO ODT 161
TASIGNA 87
tasimelteon *263*
TAVALISSE 134
TAVNEOS 224
tazarotene *163*
TAZICEF 36
TAZVERIK 87
telmisartan *136*
temazepam *263*
TENIVAC 240
tenofovir disoproxil fumarate *112*
TEPMETKO 73
terazosin hcl *135*
terbinafine hcl *64*
terconazole *64*
teriflunomide *161*
teriparatide *244*
testosterone *197*
testosterone cypionate *197*
testosterone enanthate *198*
tetrabenazine *158*
tetracycline hcl *42*
Tetracyclines 41
THALOMID 71
theophylline *257*
theophylline 80 mg/15ml oral solution *257*
theophylline anhydrous *257*
theophylline er *257*
thioridazine hcl *97*
thiothixene *97*
THYQUIDITY 216
TIADYLT ER 143
tiagabine hcl *48*
TIBSOVO 87
ticagrelor *134*
TICOVAC 240
tigecycline *33*
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP 154
TILIA FE 210
timolol maleate *141,250*
tinidazole *33*
tiopronin *192*
tiotropium bromide *254*
TIROSINT-SOL 216
TIVICAY 106
TIVICAY PD 106
tizanidine hcl *105*
TOBI PODHALER 256
TOBRADEX 246
tobramycin *247,256*
tobramycin sulfate *31*
tobramycin-dexamethasone *246*
TOBREX 247
tolcapone *94*
tolterodine tartrate *191*
tolterodine tartrate er *191*
tolvaptan *173*
Topical Anti-infectives 169
topiramate *45*
toremifene citrate *71*
TORPENZ 87
torsemide *148*
TPN ELECTROLYTES 177
tramadol hcl *28*
trandolapril *137*
tranexamic acid *133*
tranylcypromine sulfate *54*
TRAVASOL 177
travoprost *251*
trazodone hcl *57*
Treatment Adjuncts 91
Treatment-Resistant 104
TRECATOR 68
TRELEGY ELLIPTA 262
TRELSTAR 220
TREMFYA 228
TREMFYA 100 MG/ML PEN 229
TREMFYA PEN 229
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN) 229
tretinoin *91,163*
TRI-ESTARYLLA 210
TRI-LEGEST FE 210
TRI-LO-ESTARYLLA 210
TRI-LO-SPRINTEC 210
TRI-MILI 210
TRI-SPRINTEC 210
TRI-VYLIBRA 210
TRI-VYLIBRA LO 210
triamcinolone acetonide *162,166*
triamterene *149*
triamterene-hydrochlorothiazid *147*
triazolam *263*
Tricyclics 58
TRIDACAINE 28

TRIDACAINE II 28
TRIDERM 167
trientine hcl *174*
trifluoperazine hcl *97*
trifluridine *247*
trihexyphenidyl hcl *93*
TRIKAFTA 256
trimethobenzamide hcl *60*
trimethoprim *33*
trimipramine maleate *59*
TRINTELLIX 57
TRIUMEQ 108
TRIUMEQ PD 108
TRIVORA-28 210
TROPHAMINE 178
trospium chloride *191*
trospium chloride er *191*
TRULANCE 181
TRULICITY 121
TRUMENBA 240
TRUQAP 87
TRYNGOLZA 152
TUKYSA 87
TURALIO 87
TURQOZ 210
TWINRIX 240
TYBOST 109
TYDEMY 210
TYENNE 235
TYENNE AUTOINJECTOR 235
TYMLOS 244
TYPHIM VI 240
TYRVAYA 246
TYVASO DPI 259

U

UBRELVY 66
UDENYCA 133
UDENYCA AUTOINJECTOR 133
UNITHROID 217
UPTRAVI 259
ursodiol *183*
ustekinumab *229*
ustekinumab-aauz *229*
UZEDY 103

V

VABOMERE 39
Vaccines 236
valacyclovir *114*
VALCHLOR 168
valganciclovir hcl *111*
valproic acid *45*
valsartan *136*
valsartan-hydrochlorothiazide *147*
VALTOCO 48
VALTYA 211
vancomycin hcl *33,34*
VANFLYTA 88
VANRAFIA 147
VAQTA 240
varenicline tartrate *30*
VARIVAX VACCINE 241
Vasodilators, Direct-acting Arterial 152
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous 152
VAXCHORA VACCINE 241
VELIVET 211
VELSIPITY 183
VEMLIDY 112
VENCLEXTA 88
VENCLEXTA 10 MG TABLET 88
VENCLEXTA STARTING PACK 88
venlafaxine besylate er *57*
venlafaxine hcl *57*
venlafaxine hcl er *57*
VENXXIVA 192
VEOZAH 158
verapamil er *143*
verapamil er pm *143*
verapamil hcl *143*
verapamil sr *143*
VERQUVO 147
VERSACLOZ 104
VERZENIO 88
VESTURA 211
VIBERZI 181
VIENVA 211
vigabatrin *48*
VIGADRONE 48
VIGAFYDE 48
VIJOICE 88
vilazodone hcl *58*
VIMKUNYA 241
VIOKACE 188
VIORELE 211
VIRACEPT 111
VIREAD 112
VITALARA 178
VITRAKVI 88,89
VIVITROL 29
VIVOTIF 241
VIZIMPRO 89
VONJO 89
VOQUEZNA DUAL PAK 183
VOQUEZNA TRIPLE PAK 183
VORANIGO 89
voriconazole *64*
voriconazole 200 mg vial *64*
VOSEVI 113
VOWST 183
VOYDEYA 224
VRAYLAR 103
VTAMA 169
VUMERITY 161
VYFEMLA 211
VYKAT XR 123
VYLIBRA 211

VYNDAMAX 189
VYVGART HYTRULO 67

W

WAINUA 189
Wakefulness Promoting Agents 264
warfarin sodium *129*
WEGOVY 148
WELIREG 189
WESNATAL DHA COMPLETE 178
WINREVAIR (2 PACK) 262
WINREVAIR 45 MG VIAL . . . 262
WINREVAIR 60 MG VIAL . . . 262
WIXELA INHUB 262
WYMZYA FE 211

X

XALKORI 89
XARAH FE 211
XARELTO 130
XATMEP 236
XCOPRI 50
XDEMVY 247
XELJANZ 229
XELJANZ XR 229
XELRIA FE 211
XERMELO 181
XGEVA 244
XIFAXAN 34
XIGDUO XR 121,122
XIIDRA 246
XOFLUZA 113
XOLAIR 229
XOLREMDI 133
XOSPATA 90
XPOVIO 90
XROMI 189
XTANDI 70
XULANE 211
XYWAV 264

Y

YARGESA 189
YASMIN 28 212
YAZ 212
YESINTEK 230
YF-VAX 241
YIMMUGO 223
YONSA 70
YORVIPATH 244,245
YUVAFEM 200

Z

ZAFEMY 212
zafirlukast *253*
zaleplon *264*
ZARXIO 133
ZAVZPRET 66
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 123
ZEGALOGUE SYRINGE 123
ZEJULA 90
ZELBORAF 90
ZELSUVMI 170
ZEMAIRA 189
ZENATANE 163
ZENPEP 189
ZEPOSIA 161
ZERBAXA 36
ZEVTERA 36
zidovudine *108*
ZIEXTENZO 133
ZILBRYSQ 230
ziprasidone hcl *104*
ziprasidone mesylate *104*
ZIRGAN 247
ZOLINZA 73
zolmitriptan *67*
zolmitriptan odt *67*
zolpidem tartrate *264*
zolpidem tartrate er *264*
ZOMACTON 197
ZONISADE 50
zonisamide *50*
ZORTRESS 236
ZORYVE 169
ZOVIA 1-35 212
ZTALMY 48
ZURNAI 30
ZURZUVAE 53
ZYDELIG 90
ZYKADIA 90

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**