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 10/20/2026 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: 32

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 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)
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)

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Analgesics		
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 4% solution	$0 (Tier 1)	
lidocaine hcl viscous (2% 15 ml cup, 2% soln)	$0 (Tier 1)	
lidocaine-prilocaine cream	$0 (Tier 1)	

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)
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)	

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

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 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		
brivaracetam (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
brivaracetam 10 mg/ml oral sol	$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days), PA NSO
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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 cup, 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		
Antidementia Agents		
LEQEMBI IQLIK (360 MG/1.8 ML, 500 MG DOSE-2 AI)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidementia Agents		
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)
memantine hcl (5 mg tablet, 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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
bupropion xl (150 mg tablet, 300 mg tablet, 450 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
MARPLAN 10 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
venlafaxine hcl er 150 mg tab	$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
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, 25 mg tablet chew, 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)	
NEREUS 85 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (8 per 30 days)
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
LIFYORLI (125 MG PACK, 150 MG PACK)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ZENBEXUS (0.75 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (21 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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LONSURF (15 MG-6.14 MG TABLET, 20 MG-8.19 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LYSODREN 500 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	
OGSIVEO (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ORGOVYX 120 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (32 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 110 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 160 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 25 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TEPMETKO 225 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
BALVERSA 3 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 4 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 5 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (50 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
bosutinib 400 mg tablet	$0 (Tier 1)	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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
DAURISMO 25 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ENSACOVE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
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

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

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
JAKAFI XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET, 33 MG TABLET, 44 MG TABLET, 55 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 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
JIDEYTRO 100 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JIDEYTRO 25 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (16 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (96 per 28 days), PA NSO
OJJAARA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
pazopanib hcl 200 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (14 per 21 days), PA NSO
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
QINLOCK 50 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 80 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ROMVIMZA (14 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (8 per 28 days), PA NSO
ROZLYTREK 100 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		
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
RUBRACA (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
RYDAPT 25 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 100 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 20 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 40 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
sorafenib 200 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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
TALZENNA (0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
TORPENZ (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA NSO
TRUQAP (160 MG TABLET, 200 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (64 per 28 days), PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
TUKYSA 150 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 50 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
TURALIO 125 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VANFLYTA (17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 14 days), PA NSO
VENCLEXTA 10 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 100 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 50 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
XALKORI 50 MG PELLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XOSPATA 40 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (8 per 28 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG, 60 MG)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (32 per 28 days), PA NSO
ZEJULA (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ZELBORAF 240 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ZYKADIA 150 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
Retinoids		
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)	
benznidazole (12.5 mg tablet, 100 mg tablet)	$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)	
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, PACK B, PACK C)	$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)
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)
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)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
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 (56 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 PED 2.5MG TAB FOR SUSP	$0-$12.65 (Tier 2)	
efavir-emtri-tenof 600-200-300	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
efavirenz 600 mg tablet	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
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)
rilpivirine 25 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
rilpivirine 25 mg tablet	$0 (Tier 1)	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)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
Anti-HIV Agents, Other		
IDVYNSO 100 MG-0.25 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
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)
SUNLENCA 300 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 2 days)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 8 days)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	
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)	
lopinavir-ritonavir (lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml, lopinavir-ritonavr 100-25mg tb, lopinavir-ritonavr 200-50mg tb)	$0 (Tier 1)	
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)	
ritonavir 100 mg tablet	$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	$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		
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
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)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
Anti-influenza Agents		
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)
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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
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)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (11 per 5 days)
XOCOVA 125 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (7 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, 50 mg/25 ml cup, 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)
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)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Bipolar Agents		
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)	
dapagliflozin (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
dapagliflozin-metfor er 5-1000	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
dapagliflozin-metformin er (dapagliflozin-metfo er 10-1000, dapagliflozin-metfor er 5-500, dapagliflozin-metfor er 10-500)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
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)
JANUVIA (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 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		
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)
OZEMPIC (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
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)
sitaglip phos-metf er 50-1,000	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
sitagliptin (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phos-metformin er (er 50-500, er 100-1000)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
sitagliptin phosphate (phos 100 mg tablet, phosphate 25 mg tb, phosphate 50 mg tb)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
TRULICITY (0.75 MG/0.5 ML PEN, 1.5 MG/0.5 ML PEN, 3 MG/0.5 ML PEN, 4.5 MG/0.5 ML PEN)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR (5 MG-500 MG TABLET, 10 MG-500 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	$0-$12.65 (Tier 2)	ST, QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
Glycemic Agents		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 28 days)
diazoxide 50 mg/ml oral susp	$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
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)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
Anticoagulants		
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)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
FRAGMIN (25,000 UNITS/ML VIAL, 95,000 UNIT/3.8 ML VL)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (22.8 per 30 days)
FRAGMIN (5,000 UNIT/0.2 ML SYR, 5,000 UNITS/0.2 ML SYR)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)
FRAGMIN (7,500 UNIT/0.3 ML SYR, 7,500 UNITS/0.3 ML SYR)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (9 per 30 days)
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)	
AQVESME 100 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
eltrombopag 12.5 mg susp pkt	$0 (Tier 1)	PA, QL (360 per 30 days)
eltrombopag 25 mg susp packet	$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
eltrombopag 50 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
eltrombopag 75 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
eltrombopag olamine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
EPOGEN (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
ROLVEDON 13.2 MG/0.6 ML SYRING	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTOINJECT	$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	$0 (Tier 1)	PA
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	$0 (Tier 1)	PA
Hemostasis Agents		
tranexamic acid 650 mg tablet	$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
aspirin-dipyridam er 25-200 mg	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
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)
cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
clopidogrel 300 mg tablet	$0 (Tier 1)	QL (1 per 1 days)
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		
CARDAMYST 70 MG NASAL SPRAY	$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
Cardiovascular Agents		
CARTIA XT (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	$0 (Tier 1)	
DILT-XR (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE)	$0 (Tier 1)	
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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
TIADYLT ER (ER 120 MG CAPSULE, ER 180 MG CAPSULE, ER 240 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE, ER 360 MG CAPSULE, ER 420 MG CAPSULE)	$0 (Tier 1)	
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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Cardiovascular Agents, Other		
acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
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)
BAXFENDY (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 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)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
MYQORZO (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
NEXLETOL 180 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
pentoxifylline er 400 mg tab	$0 (Tier 1)	
ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
sacubitril-valsartan (24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
spironolactone-hctz 25-25 tab	$0 (Tier 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)	$0 (Tier 1)	
valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
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)
VOYXACT 400 MG/2 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
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 (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET, 25 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 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)	

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
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)	
REDEMPLO 25 MG/0.5 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.5 per 90 days)
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TRYNGOLZA 80 MG/0.8 ML AUTOINJ	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.8 per 28 days)
Mineralocorticoid Receptor Antagonists		
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)	

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	$0 (Tier 1)	
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)
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)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
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)
AUSTEDO 9 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
Central Nervous System Agents		
AUSTEDO XR (18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITR(12-18-24-30MG)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
dextromethorphan-quinidn 20-10	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 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		
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		
milnacipran hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SAVELLA TITRATION PACK	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (55 per 28 days), PA NSO
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYR (4PK)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
AVONEX PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML (4PK)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
cladribine (10 mg 1 tb day pk, 10 mg 10 tab pk, 10 mg 2 tb day pk, 10 mg 4 tablet pk, 10 mg 5 tablet pk, 10 mg 6 tablet pk, 10 mg 7 tablet pk, 10 mg 8 tablet pk, 10 mg 9 tablet pk)	$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)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	$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		
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
MAYZENT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
MAYZENT 0.25 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (7 per 4 days)
PONVORY (14-DAY STARTER PACK, 20 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
REBIF (22 MCG/0.5 ML SYRINGE, 44 MCG/0.5 ML SYRINGE, TITRATION PACK)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
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)

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
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)	
amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)	$0 (Tier 1)	
ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)	$0 (Tier 1)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
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)	
TRIDERM 0.5% CREAM	$0 (Tier 1)	
Dermatological Agents, Other		
calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)	$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
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)
FORZINITY 280 MG/3.5 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)
GLASSIA (1 GM/50 ML VIAL, 4 GM /200 ML VIAL, 5 GM /250 ML VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
glycerol phenylbut 1.1 gram/ml	$0 (Tier 1)	PA
HARLIKU 2 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
KYGEVVI 4 GM (2GM-2GM) POWD PK	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
l-glutamine 5 gram powder pkt	$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
LOARGYS 2 MG/0.4 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
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)
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

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

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

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
KYMBEE (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA
methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)	$0 (Tier 1)	
prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)	$0 (Tier 1)	
prednisolone sodium phosphate (sod 1% eye drop, 5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 15mg/5ml soln cup, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)	$0 (Tier 1)	
prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)	$0 (Tier 1)	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
PYQUVI 22.75 MG/ML ORAL SUSP	$0 (Tier 1)	PA

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
HUMATROPE (6 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE, 24 MG CARTRIDGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
NORDITROPIN FLEXPRO (5 MG/1.5, 10 MG/1.5, 15 MG/1.5)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SEROSTIM (4 MG VIAL, 5 MG VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SKYTROFA (0.7 MG CARTRIDGE, 1.4 MG CARTRIDGE, 1.8 MG CARTRIDGE, 2.1 MG CARTRIDGE, 2.5 MG CARTRIDGE, 3 MG CARTRIDGE, 3.6 MG CARTRIDGE, 4.3 MG CARTRIDGE, 5.2 MG CARTRIDGE, 6.3 MG CARTRIDGE, 7.6 MG CARTRIDGE, 9.1 MG CARTRIDGE, 11 MG CARTRIDGE, 13.3 MG CARTRIDGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

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

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-ee-fe bis 0.1-0.02-36	$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)	
MARLISSA-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)		
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)	
SLYND 4 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)		
SPRINTEC 28 DAY TABLET	$0 (Tier 1)	
SYEDA 28 TABLET	$0 (Tier 1)	
TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 EQ TABLET	$0 (Tier 1)	
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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
TURQOZ-28 TABLET	$0 (Tier 1)	
TWIRLA 120-30 MCG/DAY PATCH	$0-$12.65 (Tier 2)	
TYBLUME 0.1-0.02 MG CHEW TAB	$0 (Tier 1)	
TYDEMY 3-0.03-0.451 MG TABLET	$0 (Tier 1)	
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)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)	
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)		
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
LUPRON DEPOT (3.75 MG KIT, 7.5 MG 1 MONTH KT, 11.25 MG 3MO KIT, 22.5 MG 3MO KIT, 30 MG 4 MONTH KIT, 45 MG 6 MONTH KIT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO, 45 MG 6MO KIT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
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
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	$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)		
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
DAWNZERA 80 MG/0.8 ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
icatibant 30 mg/3 ml syringe	$0 (Tier 1)	PA NSO
ORLADEYO (110 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	$0 (Tier 1)	PA NSO
TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE)	$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
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
PRIVIGEN 10% VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
QIVIGY (10% (10 GM/100 ML) VIAL, 10% (5 GRAM/50 ML) VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
YIMMUGO (10% (10 GM/100 ML) VL, 10% (20 GM/200 ML) VL, 10% (5 GM/50 ML) VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
Immunological Agents		
FABHALTA 200 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SL TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
TARPEYO DR 4 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
BIMZELX (160 MG/ML SYRINGE, 320 MG/2 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
BIMZELX AUTOINJECTOR (160 MG/ML AUTOINJECTOR, 320 MG/2 ML AUTOINJECT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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)
ICOTYDE 200 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
Immunological Agents		
ILUMYA 100 MG/ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
KEVZARA (150 MG/1.14 ML PEN INJ, 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 (200 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG DOSE - 2 SYRINGES)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
OMVOH PEN (200 MG/2 ML PEN, 300 MG DOSE - 2 PENS)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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)
SAPHNELO 120 MG/0.8 ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
SAPHNELO 120 MG/0.8 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA NSO
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 (55 MG/0.37 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
SOTYKTU 6 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SPEVIGO 150 MG/ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
STELARA 45 MG/0.5 ML VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
STEQEYMA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	$0 (Tier 1)	PA
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
tofacitinib 1 mg/ml solution	$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
tofacitinib citrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
tofacitinib citrate er (er 11 mg tablet, er 22 mg tablet)	$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA 100 MG/ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA INDCT 200MG/2ML X2 PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ustekinumab (45 mg/0.5 ml vial, 45mg/0.5ml syringe, 90 mg/ml syringe)	$0 (Tier 1)	PA
ustekinumab-aauz (45 mg syringe, 90 mg/ml syr)	$0 (Tier 1)	PA
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/0.5 ML PEN	$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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
Immunosuppressants		
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
tacrolimus xl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule)	$0 (Tier 1)	PA BVD
TYENNE 162 MG/0.9 ML AUTOINJCT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	
YULITHIRA (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	$0 (Tier 1)	PA NSO
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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
BOOSTRIX TDAP VACCINE SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
DAPTACEL DTAP VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
ENGERIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ENGERIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
INFANRIX DTAP VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
IPOL VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
IXIARO VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
JYNNEOS VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
KINRIX VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
M-M-R II VACCINE VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
MENACTRA VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
MENQUADFI VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
MENVEO VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
PENBRAYA VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y KIT	$0-$12.65 (Tier 2)	
PENTACEL VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
PRIORIX VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
PROQUAD VIAL	$0-$12.65 (Tier 2)	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	
RABAVERT VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
ROTATEQ VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
SHINGRIX VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 365 days)
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	$0-$12.65 (Tier 2)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRNG	$0-$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	
VARIVAX VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
VAXCHORA VACCINE	$0-$12.65 (Tier 2)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	$0-$12.65 (Tier 2)	
VIVOTIF EC CAPSULE	$0-$12.65 (Tier 2)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	$0-$12.65 (Tier 2)	

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)	

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

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, 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)
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
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)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
NATACYN 5% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	
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)	
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)	

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (6 per 180 days)
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	
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)	
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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
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 DROP	$0-$12.65 (Tier 2)	
latanoprost 0.005% eye drops	$0 (Tier 1)	
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	$0-$12.65 (Tier 2)	ST
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)

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
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)
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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
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)
tiotropium 18 mcg cap-inhaler	$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)	$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)	$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)	$0 (Tier 1)	QL (36 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)
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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Cystic Fibrosis Agents		
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	$0-$12.65 (Tier 2)	
KALYDECO (5.8 MG GRANULES PKT, 13.4 MG GRANULES PKT, 25 MG GRANULES PACKET, 50 MG GRANULES PACKET, 75 MG GRANULES PACKET, 150 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
ORKAMBI (100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (112 per 28 days)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	$0-$12.65 (Tier 2)	
SYMDEKO (50/75 MG-75 MG TABLETS, 100/150 MG-150 MG TABS)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)	$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
Mast Cell Stabilizers		
cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)	$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways 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)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
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
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)
macitentan 10 mg tablet	$0 (Tier 1)	PA
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	$0-$12.65 (Tier 2)	PA
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, 48-80 MCG MAINT KIT, 64 MCG CARTRIDGE, 80 MCG CARTRIDGE)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
UPTRAVI (200 MCG TABLET, 400 MCG TABLET, 600 MCG TABLET, 800 MCG TABLET, 1,000 MCG TABLET, 1,200 MCG TABLET, 1,400 MCG TABLET, 1,600 MCG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
Pulmonary Fibrosis Agents		
JASCAYD (9 MG TABLET, 18 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	$0 (Tier 1)	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)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE (160-18-4.8MCG, 160-9-4.8 MCG)	$0-$12.65 (Tier 2)	QL (10.7 per 30 days)
BRINSUPRI (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
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)
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)
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	$0-$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.91 per 28 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
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)	

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Supplies		
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....201
ABIGALE LO....201
ABILIFY MAINTENA....97
abiraterone acetate....69
ABIRTEGA....69
ABRYSVO VIAL....237
acamprosate calcium....29
acarbose....117
ACCUTANE....163
acebutolol hcl....139
acetaminophen-codeine....23
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5....23
acetazolamide....144
acetazolamide er....250
acetic acid....252
acetylcysteine....260
acitretin....163
Acne and Rosacea Agents....163
ACTEMRA....225
ACTEMRA ACTPEN....225
ACTHAR....194
ACTHAR SELFJECT....194
ACTHIB VACCINE....237
ACTIMMUNE....231
ACTIVELLA....201
acyclovir....113,170
acyclovir sodium....114
ADACEL TDAP....237
adefovir dipivoxil....111
ADEMPAS....258
AIMOVIG AUTOINJECTOR....65
AJOVY AUTOINJECTOR....65
AJOVY AUTOINJECTOR (3 PACK)....65
AJOVY SYRINGE....65
AKEEGA....74
ALA-CORT....164
albendazole....91
albuterol sulfate....254
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)....255
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)....255
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)....255
Alcohol Deterrents/Anti-craving....29
ALECENSA....74
alendronate sodium....244
alfuzosin hcl er....192
aliskiren....144
Alkylating Agents....69
allopurinol....64
alogliptin....117
alogliptin-metformin....117
alosetron hcl....182
Alpha-adrenergic Agonists....135
Alpha-adrenergic Blocking Agents....135
alprazolam....115
ALTAVERA....201
ALTRIXA OB....175
ALUNBRIG....74
ALYACEN....201
ALYFTREK....260,261
ALYQ....258
amantadine....93
ambrisentan....258
amcinonide....164
amikacin sulfate....31
amiloride hcl....149
amiloride-hydrochlorothiazide....144
Aminoglycosides....31
Aminosalicylates and/or Prodrugs....242
amiodarone hcl....137
amitriptyline hcl....58
amlodipine besylate....141
amlodipine besylate-benazepril....144
amlodipine-atorvastatin....144
amlodipine-olmesartan....144
amlodipine-valsartan....144
amlodipine-valsartan-hctz....144
ammonium lactate....164
AMNESTEEM....163
amoxapine....58
amoxicillin....36
amoxicillin-clavulanate potass....36
amphotericin b....61
amphotericin b liposome....61
ampicillin sodium....37
ampicillin trihydrate....37
ampicillin-sulbactam....37
Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Agents....154
anagrelide hcl....130
ANALGESICS....23
Analgesics....23
Analgesics Combinations....23
anastrozole....74
ANDEMBRY AUTOINJECTOR....225
Androgens....198

ANESTHETICS . . . 28
ANGELIQ . . . 201
Angioedema Agents . . . 221
Angiotensin II Receptor Antagonists . . . 136
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors . . . 136
ANNOVERA . . . 199
Anthelminthics . . . 91
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS . . . 29
Anti-Constipation Agents . . . 180
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents . . . 111
Anti-diarrheal Agents . . . 182
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
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 . . . 113
Antihistamines . . . 253
Antileukotrienes . . . 254
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 . . . 182
Antispasmodics, Urinary . . . 191
ANTISPASTICITY AGENTS . . . 105
Antispasticity Agents . . . 105
Antithyroid Agents . . . 221
Antituberculars . . . 68
Antiviral, Coronavirus Agents . . . 114
ANTIVIRALS . . . 105
ANUSOL-HC . . . 243
ANXIOLYTICS . . . 115
Anxiolytics, Other . . . 115
apraclonidine hcl . . . *251*
aprepitant . . . *60,61*
APRI . . . 202
APTIVUS . . . 109
AQNEURSA . . . 185
AQVESME . . . 130
ARALAST NP . . . 186
ARANELLE . . . 202
ARANESP . . . 130
ARCALYST . . . 225
AREXVY VACCINE . . . 237
arformoterol tartrate . . . *255*
ARIKAYCE . . . 31
aripiprazole . . . *98*
aripiprazole odt . . . *98*
ARISTADA . . . 98
ARISTADA INITIO . . . 98
armodafinil . . . *265*
ARNUITY ELLIPTA . . . 252
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation . . . 74
asenapine maleate . . . *98*
ASHLYNA . . . 202
aspirin-dipyridamole er . . . *133*
atazanavir sulfate . . . *109*
atenolol . . . *139*
atenolol-chlorthalidone . . . *145*
atomoxetine hcl . . . *155,156*
atorvastatin calcium . . . *150*
atovaquone . . . *92*
atovaquone-proguanil hcl . . . *92*
atropine 1% eye drop . . . *246*

ATROVENT HFA 254
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines 154
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines 155
ATTRUBY 145
AUBRA 202
AUBRA EQ 202
AUGTYRO 72
AUSTEDO 157
AUSTEDO XR 158
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 158
AUVELITY 52
AVIANE 202
AVMAPKI-FAKZYNJA 72
AVONEX 159
AVONEX (4 PACK) 159
AVONEX PEN 160
AVONEX PEN (4 PACK) 160
AVYCAZ 34
AYVAKIT 74
AZASAN 232
AZASITE 247
azathioprine 232
azelaic acid 163
azelastine hcl 248,253
azithromycin 39
azithromycin 250 mg tablet (dose pack) 39
azithromycin 500 mg tablet (dose pack) 39
aztreonam 31
AZURETTE 202

B

bacitracin-polymyxin 247
baclofen 105
BALCOLTRA 202
balsalazide disodium 242
BALVERSA 75
BALZIVA 202
BAQSIMI 122
BARACLUDE 111
BAXDELA 40
BAXFENDY 145
bcg vaccine (tice strain) 237
benazepril hcl 136
benazepril-hydrochlorothiazide 145
Benign Prostatic Hypertrophy Agents 192
BENLYSTA 225
benznidazole 92
Benzodiazepines 115
benztropine mesylate 93
besifloxacin hcl 247
BESREMI 231
BESREMI PEN 231
Beta-adrenergic Blocking Agents 139
Beta-lactam, Cephalosporins 34
Beta-lactam, Penicillins 36
betaine anhydrous 186
betamethasone diprop augmented 165
betamethasone dipropionate 165
betamethasone valerate 165
BETASERON 0.3 MG INJECTION 160
betaxolol hcl 139,250
bethanechol chloride 193
BETOPTIC S 250
bexarotene 90
BEXSERO 238
BEYAZ 202
bicalutamide 69
BICILLIN C-R 37
BICILLIN L-A 37
BIKTARVY 105
bimatoprost 251
BIMZELX 225
BIMZELX AUTOINJECTOR 225
BIPOLAR AGENTS 116
bisoprolol fumarate 139
bisoprolol-hydrochlorothiazide 145
BIVIGAM 222
BLISOVI 24 FE 202
BLISOVI FE 202
BLOOD GLUCOSE REGULATORS 117
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS 127
Blood Products and Modifiers, Other 130
BLUJEPA 32
BONSITY 244
BOOSTRIX TDAP 238
bosentan 258
BOSULIF 75
bosutinib 75
BRAFTOVI 75
BREO ELLIPTA 261
BREYNA 261
BREZTRI AEROSPHERE 261
BRIELLYN 202
BRILINTA 134
brimonidine tartrate 251
brimonidine tartrate-timolol 251
BRINSUPRI 261
brinzolamide 251
brivaracetam 42
bromfenac sodium 248
bromocriptine mesylate 94
Bronchodilators, Anticholinergic 254
Bronchodilators, Sympathomimetic 254
BRUKINSA 75

budesonide *243,253*
budesonide dr *243*
budesonide ec *243*
budesonide-formoterol fumarate *261*
bumetanide *148*
buprenorphine hcl *29*
buprenorphine-naloxone *29*
bupropion hcl *52*
bupropion hcl sr *30,52*
bupropion xl *53*
buspirone hcl *115*
butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet *23*

C

cabergoline *218*
CABLIVI 11 MG VIAL KIT ... 134
CABOMETYX 75
calcipotriene *167*
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists 65
calcitonin-salmon *244*
calcitriol *244*
calcium acetate *179*
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines ... 141
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines 141
Calcium Channel Modifying Agents 45
CALQUENCE 75
CAMILA 213
CAMRESE LO 202
CAMZYOS 145
candesartan cilexetil *136*
CAPLYTA 98
CAPRELSA 76
carbamazepine *48*
carbamazepine er *49*
Carbapenems 39
carbidopa *95*
carbidopa-levodopa *95*
carbidopa-levodopa er *95*
carbidopa-levodopa-entacapone *93*
CARDAMYST 141
CARDIOVASCULAR AGENTS 135
Cardiovascular Agents, Other 144
carglumic acid *171*
carisoprodol *263*
carteolol hcl *250*
CARTIA XT 142
carvedilol *139*
caspofungin acetate *61*
CAYSTON 256
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 232
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS 154
Central Nervous System Agents, Other 157
cephalexin *36*
cevimeline hcl *162*
CHEMET 174
chlordiazepoxide hcl *115*
chlorhexidine gluconate *162*
chloroquine phosphate *92*
chlorpromazine hcl *96*
chlorthalidone *149*
CHOLBAM 186
cholestyramine *151*
cholestyramine light *151*
Cholinesterase Inhibitors 51
ciclopirox *170*
cilostazol *134*
CILOXAN 247
CIMDUO 108
cimetidine *184*
CIMZIA (2 PACK) 232
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT 232
cinacalcet hcl *244*
CINRYZE 221
ciprofloxacin hcl *40,247*
ciprofloxacin-d5w *40*
ciprofloxacin-dexamethasone *252*
ciprofloxacin-hydrocortisone *252*
citalopram hbr *54*
cladribine *160*
CLARAVIS 163
clarithromycin *40*
CLEOCIN 170
CLIMARA PRO 203
clindamycin (pediatric) *32*
clindamycin 1% gel *170*
clindamycin hcl *32*
clindamycin pediatric *32*
clindamycin phos-benzoyl perox *163*
clindamycin phosphate *32,170*
clindamycin phosphate-d5w *32*

CLINIMIX....175
CLINIMIX E....175
CLINISOL....175
CLINOLIPID....175
clobazam....*45*
clobetasol emollient....*165*
clobetasol propionate....*165*
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....*156*
clopidogrel....*134*
clorazepate dipotassium....*46*
clotrimazole....*62*
clotrimazole-betamethasone....*168*
clozapine....*104*
clozapine odt....*104*
COARTEM....92
COBENFY....104
COBENFY STARTER PACK....104
codeine sulfate....*27*
colchicine....*64*
colesevelam hcl....*117,151*
colestipol hcl....*151*
colistimethate....*32*
COMBIPATCH....203
COMBIVENT RESPIMAT....261
COMETRIQ....76
conjugated estrogens....*199*
CONSTULOSE....180
COPIKTRA....76
CORTROPHIN....194
CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML....194
COSENTYX (2 SYRINGES)....226
COSENTYX SENSOREADY (2 PENS)....226
COSENTYX SENSOREADY PEN....226
COSENTYX SYRINGE....226
COSENTYX UNOREADY PEN....226
COTELLIC....76
CRENESSITY....196
CREON....186
CRESEMBA....62
CRINONE....213
cromolyn sodium....*248,257*
CROTAN....170
CRYSELLE....203
CTEXLI....186
cyclobenzaprine hcl....*263*
cyclophosphamide....*69*
cyclosporine....*232,246*
cyclosporine modified....*232*
cyproheptadine hcl....*253*
CYRED....203
CYRED EQ....203
CYSTAGON....186
CYSTARAN....186
Cystic Fibrosis Agents....256

D

dabigatran etexilate....*127*
dalbavancin hcl....*32*
dalfampridine er....*160*
danazol....*198*
dantrolene sodium....*105*
DANZITEN....76
dapagliflozin....*117*
dapagliflozin-metformin er....*117,118*
dapsone....*68*
DAPTACEL DTAP....238
daptomycin....*32*
darifenacin er....*191*
darunavir....*110*
dasatinib....*76*
DAURISMO....76,77
DAWNZERA....221
DAYBUE....186
DAYBUE STIX....186,187
DEBLITANE....213
deferasirox....*174*
deferiprone....*174*
deferiprone (3 times a day)....*174*
deflazacort....*194*
DELSTRIGO....106
demeclocycline hcl....*41*
DENTAL AND ORAL AGENTS....162
Dental and Oral Agents....162
DEPO-ESTRADIOL....199
DEPO-SUBQ PROVERA 104....213
Dermatitis and Pruritus Agents....164
DERMATOLOGICAL AGENTS....163
Dermatological Agents, Other....167
DESCOVY....108
desipramine hcl....*58*
desloratadine....*253*
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr....*196*
desmopressin acetate....*196*
desogestr-eth estrad eth estra....*203*
desonide....*165*
desoximetasone....*165*
desvenlafaxine er....*54*
desvenlafaxine succinate er....*54*
dexamethasone....*194*
dexamethasone sodium phosphate....*249*
dextroamphetamine sulfate....*154*

dextroamphetamine sulfate er 155
dextroamphetamine-amphet er 155
dextroamphetamine-amphetamine 154,155
dextromethorphan hbr-quinidine 158
dextrose 10%-0.2% nacl 175
dextrose 10%-0.45% nacl 176
dextrose 2.5%-0.45% nacl 176
dextrose 5%-0.2% nacl 176
dextrose 5%-0.225% nacl 176
dextrose 5%-0.45% nacl 176
dextrose 5%-0.9% nacl 176
dextrose in water 176
DIACOMIT 42
diazepam 46,116
diazoxide 122
dichlorphenamide 187
diclofenac epolamine 24
diclofenac potassium 24
diclofenac sodium 24,168,249
diclofenac sodium er 24
dicloxacillin sodium 37
dicyclomine hcl 182
DIFICID 40
diflorasone diacetate 165
difluprednate 249
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 143
dimethyl fumarate 160
diphenoxylate-atropine 182
dipyridamole 134
disopyramide phosphate 138
disulfiram 29
Diuretics, Loop 148
Diuretics, Potassium-sparing 149
Diuretics, Thiazide 149
divalproex sodium 43
divalproex sodium er 43
dofetilide 138
DOJOLVI 174
DOLISHALE 203
donepezil hcl 51
donepezil hcl odt 51
Dopamine Agonists 94
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors 95
DOPTELET 134
dorzolamide hcl 251
dorzolamide-timolol 246
DOTTI 199
DOVATO 105
doxazosin mesylate 135
doxepin hcl 58,166
doxercalciferol 244
DOXY 100 41
doxycycline hyclate 41,162
doxycycline monohydrate 42
DRIZALMA SPRINKLE 54
dronabinol 61
drospirenone-eth estra-levomef 203
drospirenone-ethinyl estradiol 203
droxidopa 135
DUAVEE 215
duloxetine hcl 55
DUPIXENT PEN 226
DUPIXENT SYRINGE 226
dutasteride 192
DUVYZAT 187
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives 149
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors 150
Dyslipidemics, Other 151

E

ec-naproxen 24
econazole nitrate 170
EDURANT PED 106
efavirenz 106
efavirenz-emtric-tenofov disop 106
efavirenz-lamivu-tenofov disop 107
EGRIFTA SV 196
EGRIFTA WR 196
Electrolyte/Mineral Replacements 171
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers 174
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS 171
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins 175
ELIGARD 218
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE 218
ELIGARD 30 MG SYRINGE 218
ELIGARD 45 MG SYRINGE 219
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE 219
ELIQUIS 127
ELMIRON 193
eltrombopag olamine 131
ELURYNG 203

ELYXYB 65
Emetogenic Therapy Adjuncts 60
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE) 66
EMGALITY PEN 65
EMGALITY SYRINGE 66
EMPAVELI 226
EMSAM 53
emtricitabine *108*
emtricitabine-rilpivirne-tenof *107*
emtricitabine-tenofovir disop *108*
EMTRIVA 108
enalapril maleate *136*
enalapril-hydrochlorothiazide *145*
ENBREL 232
ENBREL MINI 232
ENBREL SURECLICK 233
ENGERIX-B ADULT 238
ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT 238
ENILLORING 203
enoxaparin sodium *127,128*
ENPRESSE 203
ENSACOVE 77
ENSKYCE 203
ENSPRYNG 160
entacapone *94*
entecavir *111*
ENTRESTO 145
ENTRESTO SPRINKLE 146
ENULOSE 180
EPCLUSA 112
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION 43
epinephrine *255*
eplerenone *152*
EPOGEN 131
ERAXIS 62
Ergot Alkaloids 66
ERIVEDGE 77
ERLEADA 69,70
erlotinib hcl *77*
ERRIN 213
ertapenem *39*
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 40
erythromycin *40,171,247*
erythromycin-benzoyl peroxide *164*
ERZOFRI 99
escitalopram oxalate *55*
eslicarbazepine acetate *49*
esomeprazole magnesium . . *185*
ESTARYLLA 203
ESTRACE 199
estradiol *199*
estradiol (once weekly) *200*
estradiol (twice weekly) *200*
estradiol valerate *200*
estradiol-norethindrone acetat *204*
ESTRING 200
Estrogens 199
eszopiclone *264*
ethambutol hcl *68*
ethosuximide *45*
ethynodiol-ethinyl estradiol . . *204*
etodolac *24*
etonogestrel-ethinyl estradiol *204*
etravirine *107*
EUCRISA 168
EULEXIN 70
EUTHYROX 215
everolimus *77,233*
EVOTAZ 110
exemestane *74*
EXXUA 55
EYSUVIS 249
ezetimibe *151*

F

FABHALTA 224
FALMINA 204
famciclovir *114*
famotidine *184*
FANAPT 99
FARXIGA 118
FASENRA 261
FASENRA PEN 261
febuxostat *64*
FEIRZA 204
felbamate *43*
felodipine er *141*
FEMLYV 204
FEMRING 200
fenofibrate *149*
fenofibric acid *150*
fentanyl *25*
FERRIPROX 174
fesoterodine fumarate er . . . *191*
FETZIMA 55
FIASP 124
FIASP FLEXTOUCH 124
FIASP PENFILL 124
Fibromyalgia Agents 159
fidaxomicin *40*
FILSPARI 146
FILSUVEZ 168
finasteride *193*
fingolimod *160*
FINTEPLA 43
FINZALA 204
FIRMAGON 219
FLAREX 249
flavoxate hcl *191*
flecainide acetate *138*
fluconazole *62*
fluconazole in saline *62*
fluconazole-nacl *62*

flucytosine *62*
fludrocortisone acetate *194*
flunisolide *253*
fluocinolone acetonide *166*
fluocinolone acetonide oil . . . *252*
fluocinonide *166*
fluocinonide-e *166*
fluoride *172*
fluorometholone *249*
fluorouracil *168*
fluoxetine hcl *55,56*
fluphenazine decanoate *96*
fluphenazine hcl *96*
flurbiprofen sodium *249*
fluticasone propionate . . *166,253*
fluticasone propionate hfa . . *262*
fluticasone-salmeterol *262*
fluticasone-salmeterol hfa . . *262*
fluvoxamine maleate *56*
FML FORTE 249
fondaparinux sodium *128*
FORZINITY 187
fosamprenavir calcium *110*
fosfomycin tromethamine *32*
fosinopril sodium *137*
fosinopril-hydrochlorothiazide *146*
FOTIVDA *77*
FRAGMIN 128,129
FRUZAQLA *77*
FULPHILA 131
furosemide *148*
FYAVOLV 204
FYLNETRA 131

G

gabapentin *46,47*
GALAFOLD 187
galantamine er *51*
galantamine hbr *51*
galantamine hydrobromide . . . *51*
GALBRIELA 204
GALLIFREY 214
Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents . . 45
GAMMAGARD LIQUID 222
GAMMAGARD LIQUID ERC 222
GAMMAGARD S-D 222
GAMMAKED 223
GAMMAPLEX 223
GAMUNEX-C 223
GARDASIL 9 238
GASTROINTESTINAL AGENTS 180
Gastrointestinal Agents, Other 183
gatifloxacin *247*
GATTEX 5 MG INJECTION 183
gauze pads & dressings - pads 2 x 2 . . . . . *265*
GAVILYTE-C 183
GAVILYTE-G 183
GAVILYTE-N 183
GAVRETO *77*
gefitinib *78*
gemfibrozil *150*
GEMMILY 204
GEMTESA 191
GENERLAC 180
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT 185
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment 185
GENGRAF 233
GENITOURINARY AGENTS 191
Genitourinary Agents, Other 193
GENOTROPIN 196
gentamicin sulfate . . *31,171,247*
gentamicin sulfate in ns *31*
GENVOYA 105
GILENYA 160
GILOTRIF 78
GIMOTI 59
GLASSIA 187
glatiramer acetate *161*
GLATOPA 161
glimepiride *118*
glipizide *118*
glipizide er *118*
glipizide xl *118*
glipizide-metformin *118,119*
GLOPERBA 64
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT 122
Glucocorticoids 243
glucose 5%-0.9% nacl *176*
glucose in water *176*
glyburide *119*
glyburide-metformin hcl *119*
Glycemic Agents 122
glycerol phenylbutyrate *187*
glycopyrrolate *182*
GOLYTELY 183
GOMEKLI 78
granisetron hcl *61*
GRANIX 131
GRASTEK 224
griseofulvin *62*
griseofulvin ultramicrosize . . . *62*
guanfacine hcl *135*
guanfacine hcl er *156*
GVOKE 123
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 123
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 123
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 123

GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE....123

H

HAEGARDA....222
HAILEY 24 FE....204
HAILEY FE....205
halobetasol propionate....*166*
haloperidol....*96*
haloperidol decanoate....*96*
haloperidol decanoate 100....*96*
haloperidol lactate....*96*
HARLIKU....187
HAVRIX....238
HEATHER....214
HEMADY....91
Hemostasis Agents....133
heparin sodium....*129*
HEPLISAV-B....238
HERNEXEOS....78
HIBERIX VACCINE....238
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists....184
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)....194
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)....194
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (PITUITARY)....196
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)....196
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)....198
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers), Other....201
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)....215
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)....215
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)....218
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)....218
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)....221
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....197
HUMIRA....233
HUMIRA PEN....233
HUMIRA(CF)....233
HUMIRA(CF) PEN....233
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-UC-HS....234
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS....234
HUMULIN 70-30....124
HUMULIN 70/30 KWIKPEN....125
HUMULIN N....125
HUMULIN N KWIKPEN....125
HUMULIN R....125
hydralazine hcl....*153*
hydrochlorothiazide....*149*
hydrocodone-acetaminophen 10-325mg....*23*
hydrocodone-acetaminophen 5-325mg....*23*
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg....*23*
hydrocodone-ibuprofen....*23*
hydrocortisone....*166,243*
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....234
HYRNUO....78

I

ibandronate sodium....*244*
IBRANCE....78
IBTROZI....78
IBU....24
ibuprofen....*25*
icatibant....*222*
ICLEVIA....205
ICLUSIG....78
icosapent ethyl....*151*
ICOTYDE....226
IDHIFA....79
IDVYNSO....109
ILUMYA....227
imatinib mesylate....*79*
IMBRUVICA....79
imipenem-cilastatin sodium....*39*
imipramine hcl....*59*

imiquimod *168*
IMKELDI 79
Immunoglobulins 222
IMMUNOLOGICAL AGENTS 221
Immunological Agents 224
Immunological Agents, Other 225
Immunostimulants 231
Immunosuppressants 232
IMOVAX RABIES VACCINE 239
IMVEXXY 200
INCASSIA 214
INCRELEX 197
indapamide *149*
indomethacin *25*
INFANRIX DTAP VACCINE 239
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS 242
INGREZZA 158
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 158
INGREZZA SPRINKLE 158
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 . . *126*
insulin lispro kwikpen u-100 . . *125*
insulin lispro protamine mix . . *126*
insulin pen needle *265*
insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml *265*
insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml *266*
insulin syringe (disp) u-100 1ml *266*
Insulins 124
INTELENCE 107
INTRALIPID 176
INTRAROSA 205
INTROVALE 205
INVEGA HAFYERA 99,100
INVEGA SUSTENNA 100
INVEGA TRINZA 100
INVOKAMET 119
INVOKAMET XR 119
INVOKANA 119
IOPIDINE 251
IPOL 239
ipratropium bromide *254*
ipratropium-albuterol *262*
IQIRVO 183
irbesartan *136*
irbesartan-hydrochlorothiazide *146*
ISENTRESS 105,106
ISENTRESS HD 106
ISIBLOOM 205
ISOLYTE P WITH DEXTROSE 176
ISOLYTE S 172
isoniazid *68*
isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad *266*
isosorbide dinitrate *153*
isosorbide mononit er 60 mg tb *153*
isosorbide mononitrate er . . . *153*
isotretinoin *164*
ISTURISA 197
ITOVEBI 79,80
itraconazole *63*
ivabradine hcl *146*
ivermectin *91*
IWILFIN 72
IXIARO VACCINE 239

J

JAIMIESS 205
JAKAFI 80
JAKAFI XR 80
jantoven *129*
JANUMET 119
JANUVIA 119
JARDIANCE 120
JASCAYD 260
JASMIEL 205
JAVYGTOR 187
JAYPIRCA 80
JAYTHARI 194
JIDEYTRO 80
JINTELI 205
JOENJA 187
JOURNAVX 23
JOYEAUX 205
JULEBER 205
JULUCA 106
JUNEL 205
JUNEL FE 205
JUNEL FE 24 206
JUXTAPID 151
JYLAMVO 234
JYNNEOS VACCINE 239

K

KAITLIB FE 206
KALYDECO 256
KARIVA 206
kcl-d5w-0.2% nacl *177*
kcl-d5w-0.225% nacl *177*
kcl-d5w-0.45% nacl *177*

kcl-d5w-0.9% nacl *177*
KELNOR 1-35 206
KERENDIA 152
ketoconazole *63*
ketorolac tromethamine *249*
KEVZARA 227
KINERET 227
KINRIX VACCINE 239
KIONEX 179
KISQALI 80,81
KLAYESTA 63
KLOR-CON 10 172
KLOR-CON 8 172
KLOXXADO 30
KOMZIFTI 73
KOSELUGO 81
KOURZEQ 162
KRAZATI 81
KRINTAFEL 92
KRISTALOSE 180
KURVELO 206
KYGEVVI 188
KYLEENA 206
KYMBEE 195

L

l-glutamine 188
labetalol hcl *140*
lacosamide *49*
lactulose *181*
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 *183*
lansoprazole *185*
LANTUS 126
LANTUS SOLOSTAR 126
lapatinib *81*
LARIN 206
LARIN FE 206
latanoprost *251*
LAYOLIS FE 206
LAZCLUZE 81
ledipasvir-sofosbuvir *112*
leflunomide *234*
lenalidomide *70*
LENVIMA 81,82
LEQEMBI IQLIK 51
LEQSELVI 227
LESSINA 206
letrozole *74*
leucovorin calcium *91*
LEUKERAN 69
LEUKINE 231
leuprolide acetate *219*
levalbuterol concentrate *255*
levalbuterol hcl *255*
levalbuterol tartrate hfa *255*
levetiracetam *44*
levetiracetam er *44*
levobunolol hcl *250*
levocarnitine *177*
levocetirizine dihydrochloride *253*
levofloxacin *40*
levofloxacin-d5w *41*
LEVONEST 206
levonorg-eth estrad eth estrad *206*
levonorg-eth estrad-fe bisglyc *206*
levonorgestrel-eth estradiol *207*
levorphanol tartrate *26*
levothyroxine sodium *216*
LEVOXYL 216
lidocaine *28*
lidocaine hcl *28*
lidocaine hcl viscous *28*
lidocaine-prilocaine *28*
LIFYORLI 72
LILETTA 207
linezolid *32*
linezolid-d5w *33*
LINZESS 181
LIOMNY 216
liothyronine sodium *217*
lisinopril *137*
lisinopril-hydrochlorothiazide *146*
LITFULO 227
lithium carbonate *116*
lithium carbonate er *117*
lithium citrate *117*
LITHOSTAT 193
LIVTENCITY 111
LO LOESTRIN FE 207
LOARGYS 188
Local Anesthetics 28
LOESTRIN 207
LOESTRIN FE 207
lofexidine hcl *29*
LOJAIMIESS 207
LOKELMA 179
lomustine *69*
LONSURF 73
loperamide *182*
lopinavir-ritonavir *110*
lorazepam *116*
LORAZEPAM INTENSOL 116
LORBRENA 82
LORYNA 207
losartan potassium *136*
losartan-hydrochlorothiazide *146*
LOTEMAX 249
loteprednol etabonate *249*
lovastatin *150*

LOW-OGESTREL 207
loxapine 97
lubiprostone 181
LUIZZA 207
LUMAKRAS 82
LUMIGAN 251
LUPKYNIS 234
LUPRON DEPOT 219
LUPRON DEPOT (LUPANETA) 219
LUPRON DEPOT-PED 219
lurasidone hcl 101
LYBALVI 101
LYLEQ 214
LYLLANA 201
LYNPARZA 82
LYSODREN 73
LYTGOBI 82
LYZA 214

M

M-M-R II VACCINE 239
macitentan 258
Macrolides 39
magnesium sulfate 172,177
malathion 170
maraviroc 109
MARLISSA 207
MARPLAN 54
Mast Cell Stabilizers 257
MATERNACEL 178
MATERVIA 178
MATULANE 69
MAVYRET 112
MAYZENT 161
meclizine hcl 59
medroxyprogesterone acetate 214
mefloquine hcl 92
megestrol acetate 214
megestrol acetate 40mg/ml oral suspension 214
MEKINIST 83
MEKTOVI 83
MELEYA 214
meloxicam 25
memantine hcl 52
memantine hcl er 52
MENACTRA 239
MENOSTAR 201
MENQUADFI 239
MENVEO VACCINE 239
meperidine hcl 27
meprobamate 115
mercaptopurine 71
meropenem 39
mesalamine 243
mesalamine dr 243
mesalamine er 243
mesna 91
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS 244
Metabolic Bone Disease Agents 244
metformin hcl 120
metformin hcl er 120
methadone hcl 26
methazolamide 251
methimazole 221
methocarbamol 263
methotrexate 234
methotrexate sodium 234
methoxsalen 168
methsuximide 45
methylphenidate 156
methylphenidate er 156,157
methylphenidate er (la) 156
methylphenidate hcl 156,157
methylphenidate hcl cd 157
methylphenidate hcl er (cd) 157
methylphenidate la 157
methylphenidate sr 157
methylprednisolone 195
methyltestosterone 198
metoclopramide hcl 60
metolazone 149
metoprolol succinate 140
metoprolol tartrate 140
metoprolol-hydrochlorothiazide 146
metronidazole 33
metyrosine 146
mexiletine hcl 138
MIBELAS 24 FE 208
micafungin 63
miconazole 3 63
MICROGESTIN 208
MICROGESTIN FE 208
midodrine hcl 135
mifepristone 220
MIGERGOT 66
miglustat 188
MILI 208
milnacipran hcl 159
MIMVEY 208
Mineralocorticoid Receptor Antagonists 152
minocycline hcl 42
minoxidil 153
MINZOYA 208
MIPLYFFA 188
MIRENA 208
mirtazapine 53
misoprostol 184
modafinil 265
MODEYSO 83
moexipril hcl 137
Molecular Target Inhibitors 74
molindone hcl 97
mometasone furoate 167
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors 95

Monoamine Oxidase Inhibitors 53
montelukast sodium 254
Mood Stabilizers 116
morphine sulfate 27
morphine sulfate er 26
MOUNJARO 120
MOVANTIK 181
moxifloxacin 41,247
moxifloxacin hcl 41
MRESVIA 240
MULTAQ 138
multiple electrolytes t1 ph5.5 172
multiple electrolytes t1 ph7.4 172
Multiple Sclerosis Agents 159
mupirocin 171
MYALEPT 183
mycophenolate mofetil 234
mycophenolic acid 235
MYFEMBREE 220
MYFORTIC 235
MYHIBBIN 235
MYQORZO 147
MYRBETRIQ 191,192
MYTESI 182

N

N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist 52
nabumetone 25
nadolol 140
nafcillin sodium 37
naftifine hcl 171
naloxone hcl 30
naltrexone hcl 29
naproxen 25
naratriptan 1 mg tablet 66
naratriptan 2.5 mg tablet 66
NATACYN 248
NATAL PNV 178
NATAZIA 208
nateglinide 120
NAYZILAM 47
nebivolol hcl 140
NECON 208
needles, insulin disp., safety 266
nefazodone hcl 56
NEFFY 255
NEO-VITAL RX 178
NEOMATERNA 178
neomycin sulfate 31
neomycin-bacitracin-poly-hc 246
neomycin-bacitracin-polymyxin 246
neomycin-polymyxin-dexameth 246
neomycin-polymyxin-gramicidin 246
neomycin-polymyxin-hc 246,252
neomycin-polymyxin-hydrocort 252
NEORAL 235
NEREUS 60
NERLYNX 83
NEUAC 164
NEULASTA 132
NEUPOGEN 132
NEUPRO 94
NEVANAC 250
nevirapine 107
nevirapine er 107
NEXLETOL 147
NEXLIZET 151
NEXPLANON 214
NEXTSTELLIS 208
niacin er 152
NICOTROL NS 30
nifedipine 141
nifedipine er 141
NIKKI 208
nilotinib d-tartrate 83
nilotinib hcl 83
nilutamide 70
nimodipine 141
NINLARO 83
nintedanib esylate 260
nitazoxanide 92
NITRO-BID 153
nitrofurantoin 33
nitrofurantoin mono-macro 33
nitroglycerin 153
nitroglycerin patch 153
NITROSTAT 154
NIVESTYM 132
nizatidine 184
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs 24
NORA-BE 214
NORDITROPIN FLEXPRO 197
norelgestromin-eth estradiol 208
norethin-eth estra-ferrous fum 209
norethindron-ethinyl estradiol 209
norethindrone 215
norethindrone ac (lupaneta) 214
norethindrone acetate 215
norethindrone-e.estradiol-iron 209
norgestimate-ethinyl estradiol 209
NORTREL 209
nortriptyline hcl 59
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 127
NOVOLOG MIX 70-30 127
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN 127
NOVOLOG PENFILL 127
NUBEQA 70
NUCALA 262
NUPLAZID 101
NURTEC ODT 66
NUTRILIPID 178
NUVARING 209
NYAMYC 63
NYLIA 209
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION 141
nystatin *63*
nystatin-triamcinolone *168*
NYSTOP 63
NYVEPRIA 132

O

OCTAGAM 223
octreotide acetate *220*
ODACTRA 224
ODEFSEY 108
ODOMZO 83
ofloxacin *41,248,252*
OGSIVEO 73
OJEMDA 83,84
OJJAARA 84
olanzapine *101*
olanzapine odt *101*
olanzapine-fluoxetine hcl *53*
olmesartan medoxomil *136*
olmesartan-hydrochlorothiazide *147*
OLUMIANT 227
omega-3 acid ethyl esters . . *152*
omeprazole *185*
OMNITROPE 197
OMVOH 227
OMVOH PEN 227
ONAPGO 94
ondansetron hcl *61*
ondansetron odt *61*
ONGENTYS 94
ONUREG 71
OPHTHALMIC AGENTS 246
Ophthalmic Agents, Other . . 246
Ophthalmic Anti-allergy Agents 248
Ophthalmic Anti-Infectives . . 247
Ophthalmic Anti-inflammatories 248
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents 250
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other 250
Opioid Analgesics, Long-acting 25
Opioid Analgesics, Short-acting 27
Opioid Dependence 29
Opioid Reversal Agents 30
OPIPZA 101
OPSYNVI 258
OPVEE 30
ORENCIA 227
ORENCIA CLICKJECT 228
ORENITRAM ER 258
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT 259
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT 259
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT 259
ORGOVYX 73
ORIAHNN 220
ORKAMBI 256
ORLADEYO 222
ORLYNVAH 39
ORMALVI 188
orphenadrine citrate er *264*
ORQUIDEA 215
ORSERDU 71
oseltamivir phosphate *113*
OTEZLA 168
OTEZLA XR 169
OTIC AGENTS 252
Otic Agents 252
oxacillin *38*
oxacillin sodium *38*
oxazepam *116*
oxcarbazepine *49*
OXERVATE 246
oxiconazole nitrate *171*
oxybutynin chloride *192*
oxybutynin chloride er *192*
oxycodone hcl *27*
oxycodone-acetaminophen . . *23*
oxymorphone hcl *28*
oxymorphone hcl er *26,27*
OZEMPIC 120

P

paliperidone er *101,102*
PALYNZIQ 188
PANCREAZE 188
PANRETIN 91
pantoprazole sodium *185*
PANZYGA 223
Parasympathomimetics 67
paricalcitol *244*
paroxetine hcl *56*
PAXLOVID 114
pazopanib hcl *84*
PEDIARIX 240
Pediculicides/Scabicides . . . 170
PEDVAXHIB 240
peg 3350-electrolyte *183*
peg-3350 and electrolytes . . *183*

peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c ... *183*
PEGASYS ... 231
PEMAZYRE ... 84
PENBRAYA VACCINE ... 240
penciclovir ... *114*
penicillamine ... *193*
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 ... 240
PENTACEL VACCINE ... 240
pentamidine isethionate ... *92*
PENTASA ... 243
pentoxifylline ... *147*
perampanel ... *44*
perindopril erbumine ... *137*
permethrin ... *170*
perphenazine ... *97*
perphenazine-amitriptyline ... *53*
PERTZYE ... 188
phenelzine sulfate ... *54*
phenobarbital ... *47*
phenoxybenzamine hcl ... *135*
PHENYTEK ... 50
phenytoin ... *50*
phenytoin sodium extended ... *50*
Phosphate Binders ... 179
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease ... 257
PHYRAGO ... 84
PIFELTRO ... 107
pilocarpine hcl ... *162,246,251*
pimecrolimus ... *167*
pimozide ... *97*
PIMTREA ... 210
pindolol ... *140*
pioglitazone hcl ... *120*
piperacillin-tazobactam ... *38*
PIQRAY ... 84,85
pirfenidone ... *260*
piroxicam ... *25*
PLASMA-LYTE A ... 172
PLASMA-LYTE A PH 7.4 ... 172
Platelet Modifying Agents ... 133
PLENAMINE ... 189
pmdd fluoxetine 10mg tablet ... *56*
pmdd fluoxetine 20mg tablet ... *56*
podofilox ... *169*
polymyxin b sul-trimethoprim ... *248*
polymyxin b sulfate ... *33*
pomalidomide ... *70*
PONVORY ... 161
PORTIA ... 210
posaconazole ... *63*
Potassium Binders ... 179
potassium chloride ... *172*
potassium chloride in d5lr ... *177*
potassium chloride proamp ... *173*
potassium chloride-0.45% nacl ... *173*
potassium chloride-0.9% nacl ... *173*
potassium chloride-dextrose 5% ... *177*
potassium chloride-water ... *173*
potassium citrate er ... *173*
pramipexole dihydrochloride ... *94*
prasugrel hcl ... *134*
pravastatin sodium ... *150*
praziquantel ... *91*
prazosin hcl ... *135*
PRED MILD ... 250
prednisolone ... *195*
prednisolone acetate ... *250*
prednisolone sodium phosphate ... *195*
prednisone ... *195*
PREDNISONE INTENSOL ... 195
pregabalin ... *47*
pregabalin er ... *159*
PREMARIN ... 201
PREMASOL ... 178
PREMPHASE ... 210
PREMPRO ... 210
prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet ... *178*
PREVALITE ... 152
PREVYMIS ... 111
PREZCOBIX ... 110
PREZISTA ... 110
PRIFTIN ... 68
primaquine ... *93*
primidone ... *48*
PRIORIX ... 240
PRIVIGEN ... 224
probenecid ... *65*
probenecid-colchicine ... *65*
prochlorperazine ... *60*
prochlorperazine maleate ... *60*
PROCRIT ... 132
PROCTO-MED HC ... 167
PROCTOSOL-HC ... 167
PROCTOZONE-HC ... 167
progesterone ... *215*
Progestins ... 213
PROGRAF ... 235
PROLASTIN C ... 189
PROLIA ... 244
promethazine hcl ... *60*
PROMETHEGAN ... 60
propafenone hcl ... *138*
propafenone hcl er ... *138*
propranolol hcl ... *140*
propranolol hcl er ... *140*
propylthiouracil ... *221*
PROQUAD ... 240
PROSOL ... 178

Protectants 184
Proton Pump Inhibitors 185
protriptyline hcl *59*
PRURADIK 170
Pulmonary Antihypertensives 258
Pulmonary Fibrosis Agents 260
PULMOZYME 256
PYQUVI 196
pyrazinamide *68*
pyridostigmine bromide *67*
pyridostigmine bromide er *67*
pyrimethamine *93*
PYRUKYND 189
PYRUKYND 20 MG TABLET 189
PYRUKYND 5 MG TABLET 189
PYRUKYND 50 MG TABLET 189

Q

QBREXZA 169
QINLOCK 85
QIVIGY 224
QUADRACEL DTAP-IPV 240
quetiapine fumarate *102*
quetiapine fumarate er *102*
quinapril hcl *137*
quinidine gluconate *139*
quinidine sulfate *139*
quinine sulfate *93*
Quinolones 40
QVAR REDIHALER 253

R

RABAVERT VACCINE 240
rabeprazole sodium *185*
RADICAVA ORS 154
RALDESY 57
raloxifene hcl *215*
ramelteon *264*
ramipril *137*
ranolazine er *147*
RAPAMUNE 235
rasagiline mesylate *95*
RAYALDEE 245
REBIF 161
REBIF REBIDOSE 161
RECLIPSEN 210
RECOMBIVAX HB 241
RECORLEV 220
REDEMPLO 152
RELENZA 113
RELEUKO 132
RELISTOR 181
repaglinide *121*
REPATHA SURECLICK 152
REPATHA SYRINGE 152
Respiratory Tract Agents, Other 260
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS 252
RETACRIT 132
RETEVMO 85
Retinoids 90
REVCOVI 189
REVUFORJ 73
REXULTI 102
REYATAZ 110
REZDIFFRA 217
REZLIDHIA 85
REZUROCK 224
RHOPRESSA 251
ribavirin *112*
rifabutin *68*
rifampin *68*
rilpivirine *107*
rilpivirine hcl *107*
riluzole *154*
rimantadine hcl *113*
RINVOQ 228
RINVOQ LQ 228
risedronate sodium *245*
risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12) *245*
risperidone *102*
risperidone er *102*
risperidone odt *103*
ritonavir *110*
rivaroxaban *129*
rivastigmine *51*
RIVELSA 210
RIVFLOZA 189
rizatriptan *66*
roflumilast *257*
ROLVEDON 133
ROMVIMZA 85
ropinirole hcl *95*
rosuvastatin calcium *150*
ROSYRAH 210
ROTARIX 241
ROTATEQ 241
ROZLYTREK 85,86
RUBRACA 86
rufinamide *50*
RUKOBIA 109
RYDAPT 86

S

sacubitril-valsartan *147*
SAFYRAL 210
SAJAZIR 222
SANDIMMUNE 235
SANTYL 169
SAPHNELO 228
SAPHNELO PEN 228
sapropterin dihydrochloride *190*
SAVELLA 159
SCEMBLIX 86
scopolamine *60*
SECUADO 103
SELARSDI 228

Selective Estrogen Receptor Modifying Agents 215
selegiline hcl 95
selenium sulfide 167
SEREVENT DISKUS 255
SEROSTIM 183,197
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists 66
sertraline hcl 57
SETLAKIN 210
sevelamer carbonate 179
sevelamer hcl 179
SHAROBEL 215
SHINGRIX VACCINE 241
SIGNIFOR 220
SIKLOS 190
sildenafil 259
sildenafil citrate 154,259
SILIQ 228
SILVADENE 169
silver sulfadiazine 169
SIMLANDI(CF) 235
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR 236
SIMPONI 236
simvastatin 150
sirolimus 236
SIRTURO 68
sitagliptin 121
sitagliptin phos-metformin er 121
sitagliptin phosphate 121
SIVEXTRO 33
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS 263
Skeletal Muscle Relaxants 263
SKYCLARYS 159
SKYLA 210
SKYRIZI 228
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY 229
SKYRIZI ON-BODY 229
SKYRIZI PEN 228
SKYTROFA 197
SLEEP DISORDER AGENTS 264
Sleep Promoting Agents 264
SLYND 210
Smoking Cessation Agents 30
sod sulf-potass sulf-mag sulf 183
Sodium Channel Agents 48
sodium chloride 173
sodium chloride-water 174
sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet 174
sodium oxybate 265
sodium phenylbutyrate 190
sodium polystyrene sulfonate 180
sodium sulfacetamide 41
sofosbuvir-velpatasvir 112
SOGROYA 198
SOHONOS 245
solifenacin succinate 192
SOLOSEC 33
SOLTAMOX 71
SOMAVERT 220
sorafenib 86
sotalol 139
SOTALOL AF 139
SOTYKTU 229
SOVALDI 112
SPEVIGO 169,229
SPIRIVA RESPIMAT 254
spironolactone 152
spironolactone-hctz 147
SPRINTEC 211
SPS 180
SSD 169
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor) 54
STELARA 229
STEQEYMA 229
STIMUFEND 133
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 185
sulfacetamide sodium 41,248
sulfacetamide-prednisolone 246
sulfadiazine 41
sulfamethoxazole-trimethoprim 41
SULFAMYLON 171
sulfasalazine 243
sulfasalazine dr 243
Sulfonamides 41
sulindac 25
sumatriptan 66
sumatriptan succinate 67
sunitinib malate 86
SUNLENCA 109
SUPPLIES 265
Supplies 265
SUTAB 181
SYEDA 211
SYMDEKO 256
SYMPAZAN 48
SYMTUZA 110
SYNAREL 220
SYNJARDY 121

SYNJARDY XR....121
SYNTHROID....217

T

TABLOID....72
TABRECTA....73
tacrolimus....167,236
tacrolimus xl....236
tadalafil....193
tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)....259
TADLIQ....259
TAFINLAR....87
TAGRISSO....87
TAKHZYRO....222
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR....229
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE....229
TALTZ SYRINGE....229
TALZENNA....87
tamoxifen citrate....71
tamsulosin hcl....193
TARINA 24 FE....211
TARINA FE....211
TARINA FE 1-20 EQ....211
TARPEYO....224
TASCENSO ODT....161
tasimelteon....264
TAVALISSE....134
TAVNEOS....224
tazarotene....164
TAZICEF....36
telmisartan....136
temazepam....264
TENIVAC....241
tenofovir disoproxil fumarate....111
TEPMETKO....73
terazosin hcl....135
terbinafine hcl....64
terconazole....64
teriflunomide....162
teriparatide....245
testosterone....198
testosterone cypionate....198
testosterone enanthate....199
tetrabenazine....159
tetracycline hcl....42
Tetracyclines....41
TEZSPIRE....262
THALOMID....71
theophylline....257
theophylline 80 mg/15ml oral solution....257
theophylline anhydrous....257
theophylline er....258
thioridazine hcl....97
thiothixene....97
THYQUIDITY....217
TIADYLT ER....143
tiagabine hcl....48
TIBSOVO....87
ticagrelor....134
TICOVAC....241
tigecycline....33
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP....154
TILIA FE....211
timolol maleate....141,250
tinidazole....33
tiopronin....193
tiotropium bromide....254
TIROSINT-SOL....217
TIVICAY....106
TIVICAY PD....106
tizanidine hcl....105
TOBI PODHALER....257
TOBRADEX....246
tobramycin....248,257
tobramycin sulfate....31
tobramycin-dexamethasone 247
TOBREX....248
tofacitinib citrate....230
tofacitinib citrate er....230
tolcapone....94
tolterodine tartrate....192
tolterodine tartrate er....192
tolvaptan....174
Topical Anti-infectives....170
topiramate....45
toremifene citrate....71
TORPENZ....87
torsemide....149
TPN ELECTROLYTES....178
tramadol hcl....28
trandolapril....137
tranexamic acid....133
tranylcypromine sulfate....54
TRAVASOL....178
travoprost....252
trazodone hcl....57
Treatment Adjuncts....91
Treatment-Resistant....104
TRECATOR....68
TRELEGY ELLIPTA....263
TRELSTAR....221
TREMFYA....230
TREMFYA 100 MG/ML PEN....230
TREMFYA PEN....230
TREMFYA PEN INDUCTION (2 PEN)....230
tretinoin....91,164
TRI-ESTARYLLA....211
TRI-LEGEST FE....211
TRI-LO-ESTARYLLA....211
TRI-LO-SPRINTEC....211
TRI-MILI....211
TRI-SPRINTEC....211
TRI-VYLIBRA....211
TRI-VYLIBRA LO....211

triamcinolone acetonide *163,167*
triamterene *149*
triamterene-hydrochlorothiazid *147*
triazolam *264*
Tricyclics 58
TRIDERM 167
trientine hcl *175*
trifluoperazine hcl *97*
trifluridine *248*
trihexyphenidyl hcl *93*
TRIKAFTA 257
trimethobenzamide hcl *60*
trimethoprim *33*
trimipramine maleate *59*
TRINTELLIX 57
TRIUMEQ 108
TRIUMEQ PD 108
TRIVORA-28 211
TROPHAMINE 179
trospium chloride *192*
trospium chloride er *192*
TRULANCE 182
TRULICITY 122
TRUMENBA 241
TRUQAP 87
TRYNGOLZA 152
TUKYSA 88
TURALIO 88
TURQOZ 212
TWINRIX 241
TWIRLA 212
TYBLUME 212
TYDEMY 212
TYENNE 237
TYENNE AUTOINJECTOR 236
TYMLOS 245
TYPHIM VI 241
TYRVAYA 247
TYVASO DPI 259

U

UBRELVY 66
UDENYCA 133
UDENYCA AUTOINJECTOR 133
UNITHROID 218
UPTRAVI 260
ursodiol *184*
ustekinumab *230*
ustekinumab-aauz *230*
UZEDY 103

V

VABOMERE 39
Vaccines 237
valacyclovir *114*
VALCHLOR 169
valganciclovir hcl *111*
valproic acid *45*
valsartan *136*
valsartan-hydrochlorothiazide *147*
VALTOCO 48
VALTYA 212
vancomycin hcl *33,34*
VANFLYTA 88
VANRAFIA 148
VAQTA 242
varenicline tartrate *30*
VARIVAX VACCINE 242
Vasodilators, Direct-acting Arterial 153
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous 153
VAXCHORA VACCINE 242
VELIVET 212
VELSIPITY 184
VEMLIDY 111
VENCLEXTA 88
VENCLEXTA 10 MG TABLET 88
VENCLEXTA STARTING PACK 88
venlafaxine besylate er *57*
venlafaxine hcl *57*
venlafaxine hcl er *57,58*
VENXXIVA 193
VEOZAH 159
verapamil er *143*
verapamil er pm *143*
verapamil hcl *143*
verapamil sr *143*
VERQUVO 148
VERSACLOZ 104
VERZENIO 88
VESTURA 212
VIBERZI 182
VIENVA 212
vigabatrin *48*
VIGADRONE 48
VIGAFYDE 48
VIJOICE 88,89
vilazodone hcl *58*
VIMKUNYA 242
VIOKACE 190
VIORELE 212
VIRACEPT 111
VIREAD 112
VITALARA 179
VITRAKVI 89
VIVITROL 29
VIVOTIF 242
VONJO 89
VOQUEZNA DUAL PAK 184
VOQUEZNA TRIPLE PAK 184
VORANIGO 89
voriconazole *64*
voriconazole 200 mg vial *64*
VOSEVI 113
VOWST 184

VOYDEYA 225
VOYXACT 148
VRAYLAR 103
VTAMA 169
VUMERITY 162
VYFEMLA 212
VYKAT XR 123
VYLIBRA 212
VYNDAMAX 190
VYVGART HYTRULO 67

W

WAINUA 190
Wakefulness Promoting Agents 265
warfarin sodium *129*
WEGOVY 148
WELIREG 190
WESNATAL DHA COMPLETE 179
WINREVAIR (2 PACK) 263
WINREVAIR 45 MG VIAL 263
WINREVAIR 60 MG VIAL 263
WIXELA INHUB 263
WYMZYA FE 212

X

XALKORI 89,90
XARAH FE 213
XARELTO 130
XATMEP 237
XCOPRI 50
XDEMVY 248
XELRIA FE 213
XERMELO 182
XGEVA 245
XIFAXAN 34
XIGDUO XR 122
XIIDRA 247
XOCOVA 114
XOFLUZA 113
XOLAIR 230
XOLREMDI 133
XOSPATA 90
XPOVIO 90
XROMI 190
XTANDI 70
XULANE 213
XYWAV 265

Y

YARGESA 190
YASMIN 28 213
YAZ 213
YESINTEK 231
YF-VAX 242
YIMMUGO 224
YONSA 70
YORVIPATH 245
YULITHIRA 237
YUVAFEM 201

Z

ZAFEMY 213
zafirlukast *254*
zaleplon *264*
ZARXIO 133
ZAVZPRET 66
ZEJULA 90
ZELBORAF 90
ZELSUVMI 171
ZEMAIRA 190
ZENATANE 164
ZENBEXUS 72
ZENPEP 191
ZEPOSIA 162
ZERBAXA 36
ZEVTERA 36
zidovudine *109*
ZIEXTENZO 133
ZILBRYSQ 231
ziprasidone hcl *103*
ziprasidone mesylate *103*
ZIRGAN 248
ZOLINZA 74
zolmitriptan *67*
zolmitriptan odt *67*
zolpidem tartrate *264*
zolpidem tartrate er *264*
ZOMACTON 198
ZONISADE 50
zonisamide *50*
ZORTRESS 237
ZORYVE 169
ZOVIA 1-35 213
ZTALMY 48
ZURNAI 30
ZURZUVAE 53
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**