

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

## 2026 년 보장 약물 목록 (약물 목록 또는포뮬러리)

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

본 *약물 목록*은 01/20/2026 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](http://www.caloptima.org/OneCare) 를 방문하십시오.

H5433\_26PD001TK\_C

Formulary ID: 26418, Version Number: 16

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

## 2026 년 보장 약물 목록 (약물 목록 또는 포뮬러리)

### 서문

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

### 차례

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

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



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

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



## A. 면책조항

이것은 CalOptima Health OneCare Complete 에서 회원에게 보장되는 약물 목록입니다.

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

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

## 언어 지원 서비스 및 보조 도구 및 서비스 가용성 공지서

### English

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

### (Arabic) العربية

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

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.





## **Հայերեն (Armenian)**

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

## **简体中文 (Simplified Chinese)**

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

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

## **繁體中文 (Traditional Chinese)**

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

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

## **ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)**

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

---

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

 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.

## **हिंदी (Hindi)**

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

## **Hmoob (Hmong)**

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

## **日本語 (Japanese)**

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

## **한국어 (Korean)**

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

---

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



## ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

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

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຈັບເອກະສານທີ່ເປັນອກສອນນັ້ນແລະມີໂຕພມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາຮູບ 1-877-412-2734 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

## **Mien**

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

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

## **ខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណុះ: បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសា របស់អ្នក សូម

ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-877-412-2734

(TTY: 711) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ

ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរផ្សេង សម្រាប់ជនពិការភ្នែក

ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមផ្គុំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។

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

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

## **(Farsi) فارسی**

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

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

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



## **Русский (Russian)**

**ВНИМАНИЕ!** Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734** (линия 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 serbisyonang ito.

## **ภาษาไทย (Thai)**

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

---

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



## Українська (Ukrainian)

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

## Tiếng Việt (Vietnamese)

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

## ગુજરાતી (Gujarati)

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

## Português (Portuguese)

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

---

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



## **Română (Romanian)**

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

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

## **Türkçe (Turkish)**

DIKKAT: Kendi dilinizde yardıma ihtiyacınız varsa

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

## **اردو (Urdu)**

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

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

---

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



---

## B. 자주 묻는 질문 (FAQ)

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

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

섹션 C1 에서 시작하는 약물 목록의 약물들은 CalOptima Health OneCare Complete 에서 보장되는 약물들입니다. 약물들은 저희 네트워크 내의 약국에서 구입할 수 있습니다. 약국은 저희와 협력하고 귀하에게 서비스를 제공하기로 계약한 경우 저희 네트워크에 포함됩니다. 이러한 약국들을 "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](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov))를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터의 번호 800-977-2273 으로 전화할 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받을 때 Medi-Cal Beneficiary Identification Card (수혜자 식별 카드, BIC)를 지참하십시오.

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

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

### B2. 약물 목록은 변경됩니까?

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

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

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

---

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.





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

약물 규정에 대한 자세한 내용은 질문 B4 를 참조하십시오.

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

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

### B3. *약물 목록*에 변경있으면 어떻게 됩니까?

*약물 목록*에 대한 일부 변경은 즉시 일어납니다. 예:

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

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.





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

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

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

이러한 변경 사항이 발생할 경우, 저희는 다음을 할 것입니다:

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

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

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

---

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



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

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

- **사전승인:** 일부 약물은 처방약을 조제받기 전에 회원, 의사 또는 다른 처방자가 CalOptima Health OneCare Complete의 승인을 먼저 받아야 할 수 있습니다. 사전승인은 의뢰와 다릅니다. 사전 승인을 받지 않으면 CalOptima Health OneCare Complete에서 약물을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **수량 제한:** 때로는 CalOptima Health OneCare Complete에서 받을 수 있는 약물의 양을 제한합니다.
- **단계 요법:** 때로는 CalOptima Health OneCare Complete에서 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 C1에 있는 표를 보면 약에 추가 요구 사항이나 제한 사항이 있는지 확인할 수 있습니다. 자세한 정보를 위해 저희 웹사이트 [www.caloptima.org/OneCare](http://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-B12를 참조하십시오.

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

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

#### **B6. CalOptima Health OneCare Complete가 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 B3을 참조하십시오.

---

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



## B7. 약물 목록에서 약물을 어떻게 찾을 수 있습니까?

약물을 찾는 두가지 방법이 있습니다:

- 알파벳 순서로 검색 가능 또는
- 의료 증상으로 검색 가능

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

## B8. 복용하려는 약이 약 목록에 없다면 어떻게 합니까?

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

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

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

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

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

다음의 경우 30 일 분의 약물 공급을 보장합니다:

- **약물 목록**에 없는 약물을 복용하고 있는 경우 또는

---

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



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

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

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

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

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

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

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

---

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



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

### B10. 약을 보장하도록 예외를 요청할 수 있습니까?

예. 약물 목록에 없는 약을 보장하도록 CalOptima Health OneCare Complete 에게 예외를 요청할 수 있습니다

또한, 약에 대한 규칙을 변경하도록 요청할 수 있습니다.

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

### B11. 예외 요청을 할 수도 있습니까?

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

### B12. 예외 적용을 받기까지 얼마나 걸립니까?

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

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

### B13. 일반 (제네릭) 약물이란 무엇입니까?

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

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

---

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



#### **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 있습니다. 100 일양 약물의 공동부담금이 1 개월 분량과 동일합니다.

#### **B18. 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달 받을 수 있습니까?**

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

---

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



## B19. 나의 공동 부담금은 얼마입니까?

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

구간은 저희 *약물 목록*에 있는 약의 그룹입니다.

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

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

---

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

**[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)** 를 방문하십시오.



---

## C. 보장 약물 목록 개요

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

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

### 파트 D 에 따른 항소

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

---

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





## C1. 의료 증상별 약물 목록

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

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

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

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



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

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

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

[www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare) 를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
<b>Antibacterials</b>		
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (136 per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fidaxomicin 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 10 days)
<b>Quinolones</b>		
BAXDELA (300 MG VIAL, 450 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levofloxacin-d5w (500 mg/100 ml-d5w, 750 mg/150 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
<b>Anticonvulsants</b>		
<i>clonazepam (0.25 mg odt, 2 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 1 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam (2.5 mg rectal gel sys, 2.5mg rectal gel(2pk), 10 mg rectal gel syrg, 10 mg rectal gel syst, 10mg rectal gel (2pk), 20 mg rectal gel syrg, 20 mg rectal gel syst, 20mg rectal gel (2pk))</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Anticonvulsants		
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)
<i>primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
EXXUA (ER 18.2 MG TABLET, ER 36.3 MG TABLET, ER 54.5 MG TABLET, ER 72.6 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
<b>Antidepressants</b>		
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine bes er 112.5 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
<i>vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<b>Tricyclics</b>		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antidepressants		
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>trimipramine maleate 100 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (9.8 per 28 days)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
<b>Antiemetics</b>		
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROMETHEGAN (25 MG, 50 MG)	\$0 (Tier 1)	
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide 300 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Emetogenic Therapy Adjuncts</b>		
<i>aprepitant (80 mg capsule, 125 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 30 days)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ondansetron hcl (4 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiemetics		
<i>ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antifungals		
Antifungals		
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clotrimazole (1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	
CRESEMBA (74.5 MG CAPSULE, 186 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antifungals		
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-ns 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flucytosine (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule, 100 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWD	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
<b>Antifungals</b>		
<i>micafungin (50 mg vial, 100 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>miconazole 3 200 mg vag supp</i>	\$0 (Tier 1)	
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
<i>nystatin (100,000 unit/gm cream, 100,000 unit/gm oint, 100,000 unit/gm powd, 100,000 unit/ml susp, 500,000 unit oral tab, 500,000 unit/5 ml cup, 500,000 unit/5 ml sus)</i>	\$0 (Tier 1)	
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
<i>posaconazole (dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>voriconazole (40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antifungals		
<i>voriconazole 200 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antigout Agents		
Antigout Agents		
<i>allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	ST, QL (30 per 30 days)
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>probenecid-colchicine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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)
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)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
<b>Antimigraine Agents</b>		
UBRELVY (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (16 per 30 days)
ZAVZPRET 10 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (8 per 30 days)
<b>Ergot Alkaloids</b>		
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
<b>Serotonin (5-HT) Receptor Agonists</b>		
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate (6 mg/0.5 ml vial, 6 mg/0.5ml autoinj)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antimigraine Agents		
<i>zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
Antimyasthenic Agents		
Parasympathomimetics		
<i>pyridostigmine bromide (br 30 mg tablet, 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyridostigmine er 180 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
VYVGART HYTRULO 1,000MG-10,000	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (20 per 28 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
CAPRELSA 300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG PACK, 100 MG PK, 140 MG PK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
COPIKTRA (15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
COTELLIC 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (63 per 21 days), PA NSO
DANZITEN (71 MG TABLET, 95 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib (20 mg tablet, 50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (168 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
HERNEXEOS 60 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
IBRANCE (75 MG CAPSULE, 75 MG TABLET, 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
IBTROZI 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
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
ITOVEBI 9 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JAKAFI (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
JAYPIRCA 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (63 per 28 days), PA NSO
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
KRAZATI 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LAZCLUZE 240 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LAZCLUZE 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
LENVIMA (4 MG CAPSULE, 8 MG DAILY DOSE, 10 MG DAILY DOSE, 20 MG DAILY DOSE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LORBRENA 100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LORBRENA 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 120 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (140 per 28 days), PA NSO
MEKINIST (0.05 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
MEKTOVI 15 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
MODEYSO 125 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (20 per 28 days), PA NSO
NERLYNX 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (3 per 28 days), PA NSO
ODOMZO 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OJEMDA (100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (16 per 28 days), PA NSO

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (96 per 28 days), PA NSO
OJJAARA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>pazopanib hcl 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (14 per 21 days), PA NSO
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
QINLOCK 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
TALZENNA (0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
TASIGNA (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TAZVERIK 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
TORPENZ (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TRUQAP (160 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (64 per 28 days), PA NSO
TUKYSA 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
TURALIO 125 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antineoplastics		
PANRETIN 0.1% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<i>leucovorin calcium (calcium 5 mg tab, calcium 10 mg tab, calcium 15 mg tab, calcium 25 mg tab, lederle 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesna 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antiparasitics		
Anthelmintics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antipsychotics		
1st Generation/Typical		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluphenazine dec 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5 ml elix, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml conc, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol dec 100 mg/ml amp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml amp, 100 mg/ml vial, 250 mg/5 ml vl, 500 mg/5 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TABLET, 50-200-25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
DOVATO 50-300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
GENVOYA TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET CHEW)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
ISENTRESS 400 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JULUCA 50-25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
STRIBILD TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TIVICAY 50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
EDURANT 25 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
EDURANT PED 2.5MG TAB FOR SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>efavir-emtri-tenof 600-200-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
DESCOVY (120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine 200 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167-250mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	\$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/30ml sol cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine-zidovudine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ODEFSEY TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
<b>Antivirals</b>		
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<b>Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents</b>		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (336 per 28 days)
PREVYMIS (240 MG TABLET, 480 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>valganciclovir 450 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Anti-hepatitis B (HBV) Agents</b>		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
<b>Antivirals</b>		
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
SOVALDI (150 MG PELLET PACKET, 200 MG PELLET PACKET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
ZEPATIER 50-100 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<b>Anti-influenza Agents</b>		
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Antivirals		
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)
Antitherpetic Agents		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp cup, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>famciclovir 125 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>penciclovir 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiviral, Coronavirus Agents		
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)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Bipolar Agents		
Mood Stabilizers		
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tb, er 450 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lithium citrate (8 meq/5 ml soln cup, 8 meq/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
Antidiabetic Agents		
<i>acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>alogliptin (6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>alogliptin-metformin (12.5-1000, 12.5-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>colesevelam hcl 3.75 g packet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Glucose Regulators		
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	ST, QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR 2.5 MG-1,000 MG TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR 5 MG-1,000 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)
Glycemic Agents		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 28 days)
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON 1 MG EMERGENCY KIT	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5MG/0.1 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PK 1 MG/0.2 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRINGE, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>eltrombopag 12.5 mg susp pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (360 per 30 days)
<i>eltrombopag 25 mg susp packet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>eltrombopag 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
EPOGEN (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
GRANIX (300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
NEUPOGEN (300 MCG/0.5 ML SYR, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYR, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Blood Products and Modifiers		
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridam er 25-200 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA 60 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Alpha-adrenergic Agonists		
<i>clonidine (0.1 patch, 0.2 patch, 0.3 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>droxidopa (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 14 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>guanfacine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Angiotensin II Receptor Antagonists		
<i>candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb, 32 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
<i>benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>benazepril hcl 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lisinopril (30 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
<b>Cardiovascular Agents</b>		
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<b>Antiarrhythmics</b>		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine gluc er 324 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
SOTALOL AF (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succ er 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>verapamil er (er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil er pm (er 100 mg capsule, er 200 mg capsule, er 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil sr (sr 120 mg capsule, sr 180 mg capsule, sr 240 mg capsule, sr 360 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Cardiovascular Agents, Other		
<i>acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>aliskiren (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amlodipine besylate-benazepril (2.5-10, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg, 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan (5-160 mg, 5-320 mg, 10-160 mg, 10-320 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg, 10-160-12.5mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)</i>	\$0 (Tier 1)	
ATTRUBY 356 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
CAMZYOS (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (560 per 30 days)
<i>digoxin 62.5 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ENTRESTO (24 MG-26 MG TABLET, 49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
ENTRESTO SPRINKLE (6-6MG PELLET, 15-16 MG PLT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (240 per 30 days)
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ivabradine hcl</i> (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>metyrosine</i> 250 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pentoxifylline er</i> 400 mg tab	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
<i>ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan (24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VANRAFIA 0.75 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
WEGOVY (0.25 MG/0.5 ML PEN, 0.5 MG/0.5 ML PEN, 1 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (1.7 MG/0.75 ML PEN, 2.4 MG/0.75 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>torseamide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Diuretics, Potassium-sparing		
<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Cardiovascular Agents		
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>gemfibrozil 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
Fibromyalgia Agents		
SAVELLA (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SAVELLA TITRATION PACK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (55 per 28 days), PA NSO
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Central Nervous System Agents		
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYR (4PK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML (4PK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>fingolimod 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dental and Oral Agents		
Dental and Oral Agents		
<i>cevimeline hcl 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	\$0 (Tier 1)	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dental and Oral Agents		
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
Acne and Rosacea Agents		
ACCUTANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>azelaic acid 15% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clind ph-benzoyl perox 1.2-5%</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
<b>Dermatological Agents</b>		
<i>erythromycin-benzoyl gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
NEUAC GEL	\$0 (Tier 1)	
<i>tazarotene (0.05% cream, 0.1% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
<i>tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.05% gel, 0.1% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ZENATANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<b>Dermatitis and Pruritus Agents</b>		
ALA-CORT 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
<b>Dermatological Agents</b>		
<i>betamethasone diprop augmented (dp 0.05% crm, dp 0.05% gel, dp 0.05% lot, dp 0.05% oin)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone dipropionate (dp 0.05% crm, dp 0.05% lot, dp 0.05% oint, dp aug 0.05% crm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% cream, 0.25% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>doxepin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% scalp oil, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinonide-e 0.05% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream, 0.05% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Dermatological Agents		
<i>mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint, 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimecrolimus 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIDERM 0.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	
QBREXZA 2.4% CLOTH	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SANTYL OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SILVADENE 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SPEVIGO 300 MG/2 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
VTAMA 1% CREAM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZORYVE (0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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)
<i>malathion 0.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>permethrin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)
Topical Anti-infectives		
<i>acyclovir 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>acyclovir 5% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>clindamycin 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacements		
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
VITALARA PRENATAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
WESNATAL DHA COMPLETE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
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)
<i>sodium polystyrene sulf powder</i>	\$0 (Tier 1)	
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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
<i>lactulose (10 gm packet, 20 gm packet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
MOVANTIK (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
RELISTOR (8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML KIT, 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
SUTAB 1.479-0.225-0.188 GM TAB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-diarrheal Agents		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5, diphenoxylate-atrop 2.5-0.025)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>loperamide 2 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XERMELO 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Gastrointestinal Agents, Other		
GATTEX 5 MG INJECTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GAVILYTE-C SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-G SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-N SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GOLYTELY SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
IQIRVO 80 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg-3350 and electrolytes soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	\$0 (Tier 1)	
SEROSTIM 6 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VELSIPITY 2 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
VOQUEZNA DUAL PAK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (112 per 14 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (112 per 14 days)
VOWST CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (12 per 3 days)
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Gastrointestinal Agents		
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Protectants		
<i>misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sucralfate 1 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium (dr 20 mg cap, dr 40 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole (dr 10 mg capsule, dr 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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)
ARALAST NP 1,000 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ARALAST NP 500 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>betaine 1 gram/scoop powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CREON (DR 3,000 CAPSULE, DR 6,000 CAPSULE, DR 12,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE, DR 36,000 CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CTEXLI 250 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
DAYBUE 200 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (420 per 30 days)
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)
GLASSIA (1 GM/50 ML VIAL, 4 GM /200 ML VIAL, 5 GM /250 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>glycerol phenylbut 1.1 gram/ml</i>	\$0 (Tier 1)	PA
JAVYGTOR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA
JOENJA 70 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>L-glutamine 5 gram powder pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
MIPLYFFA (47 MG CAPSULE, 62 MG CAPSULE, 93 MG CAPSULE, 124 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ORMALVI 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5 ML SYRINGE, 10 MG/0.5 ML SYRINGE, 20 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PANCREAZE (DR 2,600 CAP, DR 4,200 CAP, DR 10,500 CAP, DR 16,800 CAP, DR 21,000 CAP, DR 37,000 CAP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PERTZYE (DR 4,000 CAPSULE, DR 8,000 CAPSULE, DR 16,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PLENAMINE 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
PROLASTIN C (1,000 MG VIAL, 1,000 MG/20 ML VL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PYRUKYND (20-5 MG PACK, 50-20 MG PACK)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (14 per 14 days)
PYRUKYND 20 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
WAINUA 45 MG/0.8 ML AUTOINJECT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
WELIREG 40 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
XROMI 100 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
YARGESA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ZEMAIRA (1,000 MG VIAL, 4,000 MG VIAL, 5,000 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ZENPEP (DR 3,000 CAPSULE, DR 5,000 CAPSULE, DR 10,000 CAPSULE, DR 15,000 CAPSULE, DR 20,000 CAPSULE, DR 25,000 CAPSULE, DR 40,000 CAPSULE, DR 60,000 CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
CRENESSITY (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
NORDITROPIN FLEXPRO (5 MG/1.5, 10 MG/1.5, 15 MG/1.5, 30 MG/3 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN (5, 10, 20)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SEROSTIM (4 MG VIAL, 5 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYTROFA (0.7 MG CARTRIDGE, 1.4 MG CARTRIDGE, 1.8 MG CARTRIDGE, 2.1 MG CARTRIDGE, 2.5 MG CARTRIDGE, 3 MG CARTRIDGE, 3.6 MG CARTRIDGE, 4.3 MG CARTRIDGE, 5.2 MG CARTRIDGE, 6.3 MG CARTRIDGE, 7.6 MG CARTRIDGE, 9.1 MG CARTRIDGE, 11 MG CARTRIDGE, 13.3 MG CARTRIDGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i> (1mg-35mcg, 1mg-50mcg)	\$0 (Tier 1)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	
FALMINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
FEIRZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
FEMLYV 1 MG-0.02 MG ODT	\$0 (Tier 1)	
FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEW TAB	\$0 (Tier 1)	
FYAVOLV (0.5 MG-2.5 MCG TABLET, 1 MG-5 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
GALBRIELA 0.8-0.025 MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)	
JUNEL FE 24 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
KARIVA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
KELNOR 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KURVELO-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KYLEENA 19.5 MG SYSTEM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
LARIN (1.5 MG-30 MCG TABLET, 21 1-20 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LARIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	\$0 (Tier 1)	
LESSINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LEVONEST-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e estrad 0.15-0.03-0.01, levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01, levonorg 0.15mg-ee 20-25-30mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1-0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic)</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
LEVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LILETTA 52 MG SYSTEM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
LOESTRIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOESTRIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOJAIMIESS 0.1-0.02-0.01 TAB	\$0 (Tier 1)	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LUIZZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LUTERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MARLISSA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MERZEE 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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)	
<i>norelgestrom-ee 150-35 mcg/day</i>	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
PIMTREA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
PORTIA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMPHASE 0.625-5 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PREMPRO (0.3 MG-1.5 MG TABLET, 0.45-1.5 MG TABLET, 0.625-2.5 MG TABLET, 0.625-5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
RIVELSA TABLET	\$0 (Tier 1)	
ROSYRAH TABLET	\$0 (Tier 1)	
SAFYRAL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
SKYLA 13.5 MG SYSTEM	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SPRINTEC 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
SRONYX 0.10-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)	
TURQOZ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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

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

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

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

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

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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

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

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

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
REZDIFFRA (60 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SYNTHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
THYQUIDITY 100 MCG/5 ML SOLN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TIROSINT-SOL (13 MCG/ML SOLN, 25 MCG/ML SOLN, 37.5 MCG/ML SOLN, 44 MCG/ML SOLN, 50 MCG/ML SOLN, 62.5 MCG/ML SOLN, 75 MCG/ML SOLN, 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)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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)		
<i>cabergoline 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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
<i>leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>leuprolide depot 22.5 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (DEPOT 3.75 MG KIT, DEPOT-4 MONTH KIT, DEPOT 7.5 MG KIT, DEPOT 11.25 MG 3MO KIT, DEPOT 22.5 MG 3MO KIT, DEPOT 45 MG 6MO KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
LUPRON DEPOT-PED (7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO, 45 MG 6MO KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ORIAHNN 300-1-0.5MG/300MG CAPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
RECORLEV 150 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
SOMAVERT (10 MG VIAL, 15 MG VIAL, 20 MG VIAL, 25 MG VIAL, 30 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TRELSTAR (3.75 MG VIAL, 11.25 MG VIAL, 22.5 MG VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Hormonal Agents, Suppressant (Thyroid)		
Antithyroid Agents		
<i>methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propylthiouracil 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
Angioedema Agents		
CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL-DILUENT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

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
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ORLADEYO (110 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG/2 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Immunoglobulins		
BIVIGAM (5 GM/50 ML (10%) VIAL, 10 GM/100 ML (10%) VL, LIQUID 10% VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GAMMAKED 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
GAMMAPLEX (2.5 GRAM/50 ML VIAL, 5 GRAM/100 ML VIAL, 5 GRAM/50 ML VIAL, 10 GRAM/100 ML VIAL, 10 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/400 ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
OCTAGAM (5% (1 G/20 ML) VIAL, 5% (10 G/200 ML) VIAL, 5% (2.5 G/50 ML) VIAL, 5% (5 G/100 ML) VIAL, 5% VIAL, 10% (10 G/100 ML) VIAL, 10% (2 G/20 ML) VIAL, 10% (20 G/200 ML) VIAL, 10% (30 G/300 ML) VIAL, 10% (5 G/50 ML) VIAL, 10% VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PANZYGA (10% (1 G/10 ML) VIAL, 10% (10 G/100 ML) VIAL, 10% (2.5 G/25 ML) VIAL, 10% (20 G/200 ML) VIAL, 10% (30 G/300 ML) VIAL, 10% (5 G/50 ML) VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



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
YIMMUGO (10% (10 GM/100 ML) VL, 10% (20 GM/200 ML) VL, 10% (5 GM/50 ML) VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Immunological Agents		
FABHALTA 200 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SL TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
TARPEYO DR 4 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
VOYDEYA (100 MG TABLET, 150 MG DOSE TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ANDEMBRY 200 MG/1.2 ML AUTOINJ	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ARCALYST 220 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>auranofin 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
BIMZELX (160 MG/ML SYRINGE, 320 MG/2 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
BIMZELX AUTOINJECTOR (160 MG/ML AUTOINJECTOR, 320 MG/2 ML AUTOINJECT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
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)
ILUMYA 100 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
KEVZARA (150 MG/1.14 ML PEN INJ, 150 MG/1.14 ML SYRINGE, 200 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
LEQSELVI 8 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
LITFULO 50 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG DOSE - 2 SYRINGES, 300 MG DOSE - 2 SYRINGES)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
OMVOH PEN (100 MG/ML PEN, 200 MG DOSE - 2 PENS, 300 MG DOSE - 2 PENS)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1260 per 28 days)
SELARSDI (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
SILIQ 210 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SOTYKTU 6 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SPEVIGO 150 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
STELARA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
STEQEYMA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TALTZ SYRINGE (20 MG/0.25 ML SYRINGE, 40 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA 100 MG/ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TREMFYA INDCT 200MG/2ML X2 PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>ustekinumab (45 mg/0.5 ml vial, 45mg/0.5ml syringe, 90 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
XELJANZ (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
XELJANZ XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
XOLAIR (75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
YESINTEK (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SYRN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (12 per 28 days)
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SYRING	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (17 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SYRNG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (23 per 28 days)
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
LEUKINE 250 MCG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL (0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA BVD
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
ENBREL (25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) (CDV HUMIRA(CF) 10 MG/0.1ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 20 MG/0.2ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 40 MG/0.4ML SYR, HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING, HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING, HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN (CDV HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4ML, CDV HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8ML, HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN CRHN-UC-HS 80MG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-AHS 80-40	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HYFTOR 0.2% GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA BVD
NEORAL (25 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
RAPAMUNE (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SIMLANDI(CF) (SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 ML, SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR (SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML, SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
SIMPONI (100 MG/ML PEN INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
SIMPONI (50 MG/0.5 ML PEN INJEC, 50 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule, 5 mg capsule (ir))</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
TYENNE 162 MG/0.9 ML AUTOINJCT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA BVD

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
Vaccines		
ABRYSVO VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ACTHIB VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
AREXVY VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>bcg vaccine (tice strain) vial</i>	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
DAPTACEL DTAP VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ENGRIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734 (TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.  
자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
ENGRIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
HIBERIX VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
INFANRIX DTAP VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
IPOL VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
IXIARO VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
JYNNEOS VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
KINRIX VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
M-M-R II VACCINE VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MENACTRA VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MENQUADFI VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MENVEO VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PENBRAYA VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y KIT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
PENTACEL VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PRIORIX VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
PROQUAD VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
RABAVERT VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
ROTATEQ VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
SHINGRIX VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 365 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
TYPHIM VI (25 MCG/0.5 ML AL, 25 MCG/0.5 ML SYRNG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
VARIVAX VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
VAXCHORA VACCINE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Immunological Agents		
VIVOTIF EC CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Inflammatory Bowel Disease Agents		
Aminosalicylates and/or Prodrugs		
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine dr 1.2 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine dr 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
PENTASA 250 MG CAPSULE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (480 per 30 days)
<i>sulfasalazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Inflammatory Bowel Disease Agents		
<i>sulfasalazine dr 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
Glucocorticoids		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide 2 mg rectal foam</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>budesonide dr 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>budesonide ec 3 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg/60 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
BONSITY 560 MCG/2.24 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
<i>calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA NSO
RAYALDEE (ER 30 MCG CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>teriparatide 560mcg/2.24ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2 per 30 days)
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.12 per 28 days)
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (1.96 per 28 days)
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (2.8 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
<i>atropine 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>atropine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCYCIN HC EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-bacit-polymix eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>pilocarpine hcl 1.25% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (7 per 30 days)
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i>	\$0 (Tier 1)	
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (8.4 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
Ophthalmic Anti-Infectives		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
BESIVANCE 0.6% SUSP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (10% drops, 10% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
XDEMVY 0.25% DROP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Anti-inflammatories		
<i>bromfenac sodium 0.09% eye drp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dexamethasone 0.1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>difluprednate 0.05% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flurbiprofen 0.03% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol 0.5% ophthalmic gel</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol etabonate (0.2% drp, 0.5% drp)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (6 per 180 days)
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>carteolol hcl 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levobunolol 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>timolol maleate (0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>apraclonidine hcl 0.5% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bimatoprost 0.03% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>brimonidine-timolol 0.2%-0.5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>brinzolamide 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Ophthalmic Agents		
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	\$0-\$12.65 (Tier 2)	ST
<i>methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
RHOPRESSA 0.02% OPHTH SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (5 per 30 days)
<i>travoprost 0.004% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	ST

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Otic Agents		
Otic Agents		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	\$0 (Tier 1)	
CIPRO HC OTIC SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	
<i>ciproflox-dexameth otic susp</i>	\$0 (Tier 1)	

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Otic Agents		
<i>fluocinolone oil 0.01% ear drp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	\$0 (Tier 1)	

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flunisolide 0.025% spray</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
<i>fluticasone prop 100mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>fluticasone prop 250 mcg disk</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	\$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		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ciproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrpy)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocetirizine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Antileukotrienes		
<i>montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
<i>tiotropium 18 mcg cap-inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>arformoterol 15 mcg/2 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>epinephrine (0.15 mg auto-injct, 0.3 mg auto-inject)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
<i>levalbuterol conc 1.25 mg/0.5</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol tar hfa 45mcg inh</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
NEFFY (1 MG/0.1 ML NASAL SPRAY, 2 MG/0.1 ML NASAL SPRAY)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
SEREVENT DISKUS 50 MCG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
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)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORKAMBI (100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (112 per 28 days)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA BVD
SYMDEKO (50/75 MG-75 MG TABLETS, 100/150 MG-150 MG TABS)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
OPSUMIT 10 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA
OPSYNVI (10-20 MG TABLET, 10-40 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA, QL (30 per 30 days)
ORENITRAM ER (ER 0.125 MG TABLET, ER 0.25 MG TABLET, ER 1 MG TABLET, ER 2.5 MG TABLET, ER 5 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>sildenafil 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
TYVASO DPI (16 MCG CARTRIDGE, 16-32-48 MCG TITRAT, 32 MCG CARTRIDGE, 48 MCG CARTRIDGE, 64 MCG CARTRIDGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
UPTRAVID (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		
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Respiratory Tract Agents, Other		
<i>acetylcysteine (10% vial, 20% vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALER	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (10.7 per 30 days)
BRINSUPRI (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
<i>fluticasone prop hfa 220 mcg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol hfa (45-21, 115-21, 230-21)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
NUCALA (100 MG/ML AUTO-INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, QL (0.4 per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT (INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (60))	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
WINREVAIR (2 PACK) (45 MG KIT, 60 MG KIT)	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
WINREVAIR 45 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
WINREVAIR 60 MG VIAL	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA
WIXELA INHUB (100-50, 250-50, 500-50)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Skeletal Muscle Relaxants		
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>carisoprodol 350 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.



약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>orphenadrine er 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Sleep Disorder Agents		
Sleep Promoting Agents		
<i>eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon 8 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Sleep Disorder Agents		
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate 0.5 g/ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
XYWAV 0.5 GM/ML ORAL SOLUTION	\$0-\$12.65 (Tier 2)	PA, LA
약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Supplies		
Supplies		
<i>gauze pads &amp; dressings - pads 2 x 2</i>	\$0 (Tier 1)	ST

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

약 이름	본인 약물 비용 부담 (계층 수준)	필요한 조치, 제한 또는 사용 제한
Supplies		
<i>insulin pen needle</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>needles, insulin disp., safety</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

도표의 기호 및 약어의 뜻에 대한 정보는 21 페이지의 약어 목록에서 찾을 수 있습니다.

질문이 있으시면, CalOptima Health OneCare Complete 의 전화번호 1-877-412-2734

(TTY 711)로 주 7일 24시간 전화하십시오. 통화는 무료입니다.

자세한 정보를 위해, 웹사이트 [www.caloptima.org/onecare](http://www.caloptima.org/onecare)를 방문하십시오.

## 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 ..... 95

### 2

2nd Generation/Atypical ..... 96

## A

*abacavir* ..... 106

*abacavir-lamivudine* ..... 106

ABIGALE ..... 198

ABIGALE LO ..... 198

ABILIFY MAINTENA ..... 96

*abiraterone acetate* ..... 69

ABIRTEGA ..... 69

ABRYSVO VIAL ..... 234

*acamprosate calcium* ..... 29

*acarbose* ..... 116

ACCUTANE ..... 161

*acebutolol hcl* ..... 138

*acetaminophen-codeine* ..... 23

*acetaminophen-codeine 120-12 mg/5* ..... 23

*acetazolamide* ..... 142

*acetazolamide er* ..... 248

*acetic acid* ..... 249

*acetylcysteine* ..... 258

*acitretin* ..... 161

Acne and Rosacea Agents ..... 161

ACTEMRA ..... 222

ACTEMRA ACTPEN ..... 222

ACTHAR ..... 190

ACTHAR SELFJECT ..... 190

ACTHIB VACCINE ..... 234

ACTIMMUNE ..... 228

ACTIVEVIA ..... 198

*acyclovir* ..... 113, 168

*acyclovir sodium* ..... 113

ADACEL TDAP ..... 234

*adefovir dipivoxil* ..... 110

ADEMPAS ..... 255

AIMOVIG AUTOINJECTOR ..... 65

AJOVY AUTOINJECTOR ..... 65

AJOVY AUTOINJECTOR (3 PACK) ..... 65

AJOVY SYRINGE ..... 65

AKEEGA ..... 74

ALA-CORT ..... 162

*albendazole* ..... 90

*albuterol sulfate* ..... 252

*albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Proair generic)* ..... 252

*albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Proventil generic)* ..... 252

*albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (Ventolin generic)* ..... 252

Alcohol Deterrents/Anti-craving ..... 29

ALECENSA ..... 74

*alendronate sodium* ..... 240

*alfuzosin hcl er* ..... 189

*aliskiren* ..... 142

Alkylating Agents ..... 69

*allopurinol* ..... 64

*alogliptin* ..... 116

*alogliptin-metformin* ..... 116

*alosetron hcl* ..... 179

Alpha-adrenergic Agonists ..... 133

Alpha-adrenergic Blocking Agents ..... 134

*alprazolam* ..... 114, 115

ALTAVERA ..... 198

ALTRIXA OB ..... 173

ALUNBRIG ..... 74

ALYACEN ..... 198

ALYFTREK ..... 258

ALYQ ..... 255

*amantadine* ..... 92

*ambrisentan* ..... 256

*amcinonide* ..... 162

*amikacin sulfate* ..... 31

*amiloride hcl* ..... 147

*amiloride-hydrochlorothiazide* ..... 142

Aminoglycosides ..... 31

Aminosaliclates and/or Prodrugs ..... 239

*amiodarone hcl* ..... 136

*amitriptyline hcl* ..... 57

*amlodipine besylate* ..... 139, 140

*amlodipine besylate-benazepril* ..... 142

*amlodipine-atorvastatin* ..... 143

*amlodipine-olmesartan* ..... 143

*amlodipine-valsartan* ..... 143

*amlodipine-valsartan-hctz* ..... 143

*ammonium lactate* ..... 162

AMNESTEEM ..... 161

*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 ..... 152

*anagrelide hcl* ..... 129

ANALGESICS ..... 23

Analgesics ..... 23

Analgesics Combinations ..... 23

*anastrozole* ..... 74

ANDEMBRY

AUTOINJECTOR ..... 222

Androgens ..... 195

ANESTHETICS.....	28	Antibacterials, Other.....	31	Antispasticity Agents.....	104
ANGELIQ.....	198	Anticholinergics.....	92	Antithyroid Agents.....	218
Angioedema Agents.....	218	Anticoagulants.....	126	Antituberculars.....	68
Angiotensin II Receptor		ANTICONVULSANTS.....	42	Antiviral, Coronavirus	
Antagonists.....	134	Anticonvulsants, Other.....	42	Agents.....	113
Angiotensin-converting Enzyme		ANTIDEMENTIA AGENTS.....	51	ANTIVIRALS.....	104
(ACE) Inhibitors.....	135	ANTIDEPRESSANTS.....	52	ANUSOL-HC.....	240
ANNOVERA.....	196	Antidepressants, Other.....	52	ANXIOLYTICS.....	114
Anthelminthics.....	90	Antidiabetic Agents.....	116	Anxiolytics, Other.....	114
ANTI-		ANTIEMETICS.....	59	<i>apraclonidine hcl</i> .....	248
ADDICTION/SUBSTANCE		Antiemetics, Other.....	59	<i>aprepitant</i> .....	60
ABUSE TREATMENT		Antiestrogens/Modifiers.....	71	APRI.....	199
AGENTS.....	29	ANTIFUNGALS.....	61	APTIVUS.....	108
Anti-Constipation Agents.....	178	Antifungals.....	61	AQNEURSA.....	183
Anti-cytomegalovirus (CMV)		ANTIGOUT AGENTS.....	64	ARALAST NP.....	183
Agents.....	110	Antigout Agents.....	64	ARANELLE.....	199
Anti-diarrheal Agents.....	179	Antiherpetic Agents.....	113	ARANESP.....	129
Anti-hepatitis B (HBV)		Antihistamines.....	251	ARCALYST.....	222
Agents.....	110	Antileukotrienes.....	251	AREXVY VACCINE.....	234
Anti-hepatitis C (HCV)		Antimetabolites.....	71	<i>arformoterol tartrate</i> .....	253
Agents.....	111	ANTIMIGRAINE AGENTS.....	65	ARIKAYCE.....	31
Anti-HIV Agents, Integrase		Antimigraine Agents.....	65	<i>aripiprazole</i> .....	97
Inhibitors (INSTI).....	104	ANTIMYASTHENIC		<i>aripiprazole odt</i> .....	97
Anti-HIV Agents, Non-		AGENTS.....	67	ARISTADA.....	97
nucleoside Reverse		ANTIMYCOBACTERIALS.....	68	ARISTADA INITIO.....	97
Transcriptase Inhibitors		Antimycobacterials, Other.....	68	<i>armodafinil</i> .....	262
(NNRTI).....	105	ANTINEOPLASTICS.....	69	ARNUITY ELLIPTA.....	250
Anti-HIV Agents, Nucleoside		Antineoplastics.....	72	Aromatase Inhibitors, 3rd	
and Nucleotide Reverse		Antineoplastics, Other.....	72	Generation.....	74
Transcriptase Inhibitors		ANTIPARASITICS.....	90	<i>asenapine maleate</i> .....	97
(NRTI).....	106	ANTIPARKINSON AGENTS.....	92	ASHLYNA.....	199
Anti-HIV Agents, Other.....	108	Antiparkinson Agents, Other.....	92	<i>aspirin-dipyridamole er</i> .....	132
Anti-HIV Agents, Protease		Antiprotozoals.....	91	ASTAGRAF XL.....	228
Inhibitors (PI).....	108	ANTIPSYCHOTICS.....	95	<i>atazanavir sulfate</i> .....	108
Anti-inflammatories, Inhaled		Antipsychotics.....	103	<i>atenolol</i> .....	138
Corticosteroids.....	250	Antispasmodics,		<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	143
Anti-influenza Agents.....	112	Gastrointestinal.....	180	<i>atomoxetine hcl</i> .....	154
Antiandrogens.....	69	Antispasmodics, Urinary.....	188	<i>atorvastatin calcium</i> .....	148
Antiangiogenic Agents.....	70	ANTISPASTICITY		<i>atovaquone</i> .....	91
Antiarrhythmics.....	136	AGENTS.....	104	<i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....	91
ANTIBACTERIALS.....	31			<i>atropine 1% eye drop</i> .....	243

<i>atropine sulfate</i> .....	243	<i>bacitracin-polymyxin</i> .....	244	BIKTARVY.....	104
ATROVENT HFA.....	251	<i>baclofen</i> .....	104	<i>bimatoprost</i> .....	248
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents,		BALCOLTRA.....	199	BIMZELX.....	222
Amphetamines.....	153	<i>balsalazide disodium</i> .....	239	BIMZELX AUTOINJECTOR.....	222
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-		BALVERSA.....	74,75	BIPOLAR AGENTS.....	116
amphetamines.....	154	BALZIVA.....	199	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	138
ATTRUBY.....	143	BAQSIMI.....	121	<i>bisoprolol-</i>	
AUBRA.....	199	BARACLUDE.....	110	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	144
AUBRA EQ.....	199	BAXDELA.....	40	BIVIGAM.....	219
AUGTYRO.....	72	<i>bcg vaccine (tice strain)</i> ....	234	BLISOVI 24 FE.....	199
<i>auranofin</i> .....	222	<i>benazepril hcl</i> .....	135	BLISOVI FE.....	199
AUSTEDO.....	155,156	<i>benazepril-</i>		BLOOD GLUCOSE	
AUSTEDO XR.....	156	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	143	REGULATORS.....	116
AUSTEDO XR TITRATION		Benign Prostatic Hypertrophy		BLOOD PRODUCTS AND	
KT(WK1-4).....	156	Agents.....	189	MODIFIERS.....	126
AUVELITY.....	52	BENLYSTA.....	222	Blood Products and Modifiers,	
AVIANE.....	199	Benzodiazepines.....	114	Other.....	129
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	72	<i>benztropine mesylate</i> .....	92	BONSITY.....	241
AVONEX.....	157	BESIVANCE.....	244	BOOSTRIX TDAP.....	234
AVONEX (4 PACK).....	158	BESREMI.....	228	<i>bosentan</i> .....	256
AVONEX PEN.....	158	Beta-adrenergic Blocking		BOSULIF.....	75
AVONEX PEN (4 PACK)....	158	Agents.....	138	BRAFTOVI.....	75
AVYCAZ.....	34	Beta-lactam, Cephalosporins	34	BREO ELLIPTA.....	258
AYVAKIT.....	74	Beta-lactam, Penicillins.....	36	BREYNA.....	258
AZASAN.....	228	<i>betaine anhydrous</i> .....	183	BREZTRI AEROSPHERE.....	258
AZASITE.....	244	<i>betamethasone diprop</i>		BRIELLYN.....	199
<i>azathioprine</i> .....	228	<i>augmented</i> .....	163	BRILINTA.....	132
<i>azelaic acid</i> .....	161	<i>betamethasone</i>		<i>brimonidine tartrate</i> .....	248
<i>azelastine hcl</i> .....	246,251	<i>dipropionate</i> .....	163	<i>brimonidine tartrate-timolol</i> .....	248
<i>azithromycin</i> .....	39	<i>betamethasone valerate</i> ....	163	BRINSUPRI.....	258
<i>azithromycin 250 mg tablet</i>		BETASERON 0.3 MG		<i>brinzolamide</i> .....	248
(dose pack).....	39	INJECTION.....	158	BRIVIACT.....	42
<i>azithromycin 500 mg tablet</i>		<i>betaxolol hcl</i> .....	138,247	<i>bromfenac sodium</i> .....	246
(dose pack).....	39	<i>bethanechol chloride</i> .....	189	<i>bromocriptine mesylate</i> .....	93
<i>aztreonam</i> .....	31	BETOPTIC S.....	247	Bronchodilators,	
AZURETTE.....	199	<i>bexarotene</i> .....	89	Anticholinergic.....	251
		BEXSERO.....	234	Bronchodilators,	
		BEYAZ.....	199	Sympathomimetic.....	252
		<i>bicalutamide</i> .....	69	BRUKINSA.....	75
		BICILLIN C-R.....	37	<i>budesonide</i> .....	240,250
		BICILLIN L-A.....	37	<i>budesonide dr</i> .....	240

## B

<i>budesonide ec</i> .....	240	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	94	<i>chlorpromazine hcl</i> .....	95
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> .....	258	<i>carbidopa-levodopa er</i> .....	94	<i>chlorthalidone</i> .....	147
<i>bumetanide</i> .....	147	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> .....	92	CHOLBAM.....	183
<i>buprenorphine hcl</i> .....	29	CARDIOVASCULAR AGENTS.....	133	<i>cholestyramine</i> .....	149
<i>buprenorphine-naloxone</i> .....	29	Cardiovascular Agents, Other.....	142	<i>cholestyramine light</i> .....	149
<i>bupropion hcl</i> .....	52	<i>carglumic acid</i> .....	169	Cholinesterase Inhibitors.....	51
<i>bupropion hcl sr</i> .....	30,52	<i>carisoprodol</i> .....	260	<i>ciclopirox</i> .....	168
<i>bupropion xl</i> .....	52	<i>carteolol hcl</i> .....	248	<i>cilostazol</i> .....	132
<i>buspirone hcl</i> .....	114	CARTIA XT.....	140	CILOXAN.....	244
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	23	<i>carvedilol</i> .....	138	CIMDUO.....	106
<b>C</b>		<i>caspofungin acetate</i> .....	61	<i>cimetidine</i> .....	181
<i>cabergoline</i> .....	215	CAYSTON.....	253	CIMZIA (2 PACK).....	229
CABLIVI 11 MG VIAL KIT.....	132	<i>cefaclor</i> .....	34	CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT.....	229
CABOMETYX.....	75	<i>cefadroxil</i> .....	34	<i>cinacalcet hcl</i> .....	241
<i>calcipotriene</i> .....	165	<i>cefazolin sodium</i> .....	34	CINRYZE.....	218
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists.....	65	<i>cefdinir</i> .....	34	CIPRO HC.....	249
<i>calcitonin-salmon</i> .....	241	<i>cefepime hcl</i> .....	34	<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	40,245
<i>calcitriol</i> .....	241	<i>cefexime</i> .....	35	<i>ciprofloxacin-d5w</i> .....	40
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines.....	139	<i>cefotetan</i> .....	35	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	249
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines.....	140	<i>cefoxitin</i> .....	35	<i>citalopram hbr</i> .....	54
Calcium Channel Modifying Agents.....	45	<i>cefpodoxime proxetil</i> .....	35	CLARAVIS.....	161
CALQUENCE.....	75	<i>cefprozil</i> .....	35	clarithromycin.....	39
CAMILA.....	210	<i>ceftazidime</i> .....	35	CLEOCIN.....	168
CAMRESE LO.....	199	<i>ceftriaxone</i> .....	35	CLIMARA PRO.....	199
CAMZYOS.....	144	<i>cefuroxime</i> .....	35	<i>clindamycin (pediatric)</i> .....	32
<i>candesartan cilexetil</i> .....	134	<i>cefuroxime sodium</i> .....	35	<i>clindamycin 1% gel</i> .....	168
CAPLYTA.....	97	<i>celecoxib</i> .....	24	<i>clindamycin hcl</i> .....	32
CAPRELSA.....	75,76	CELLCEPT.....	228	<i>clindamycin pediatric</i> .....	32
<i>carbamazepine</i> .....	48	CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	152	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i> .....	161
<i>carbamazepine er</i> .....	49	Central Nervous System Agents, Other.....	155	<i>clindamycin phosphate</i> .....	32,168
Carbapenems.....	39	<i>cephalexin</i> .....	36	<i>clindamycin phosphate-d5w</i> .....	32
<i>carbidopa</i> .....	94	<i>cevimeline hcl</i> .....	160	CLINIMIX.....	173
		CHEMET.....	172	CLINIMIX E.....	173
		<i>chlordiazepoxide hcl</i> .....	115	CLINISOL.....	173
		<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	160	CLINOLIPID.....	173
		<i>chloroquine phosphate</i> .....	91	<i>clobazam</i> .....	45
				<i>clobetasol emollient</i> .....	163
				<i>clobetasol propionate</i> .....	163

<i>clomipramine hcl</i> .....	58	COSENTYX UNOREADY	<i>deferiprone</i> .....	172
<i>clonazepam</i> .....	46	PEN.....	<i>deferiprone (3 times a day)</i> .....	172
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i> .....	46	COTELLIC.....	<i>deflazacort</i> .....	191
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i> .....	46	CRENESSITY.....	DELSTRIGO.....	105
<i>clonazepam 1 mg odt</i> .....	46	CREON.....	<i>demeclocycline hcl</i> .....	41
<i>clonidine</i> .....	133	CRESEMBA.....	DENTAL AND ORAL	
<i>clonidine hcl</i> .....	133	CRINONE.....	AGENTS.....	160
<i>clonidine hcl er</i> .....	154	<i>cromolyn sodium</i> .....	Dental and Oral Agents.....	160
<i>clopidogrel</i> .....	132	CROTAN.....	DEPO-ESTRADIOL.....	196
<i>clorazepate dipotassium</i> .....	46	CRYSELLE.....	DEPO-SUBQ PROVERA	
<i>clotrimazole</i> .....	61	CTEXLI.....	104.....	210
<i>clotrimazole-</i>		<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	Dermatitis and Pruritus	
<i>betamethasone</i> .....	166	<i>cyclophosphamide</i> .....	Agents.....	162
<i>clozapine</i> .....	103	<i>cyclosporine</i> .....	DERMATOLOGICAL	
<i>clozapine odt</i> .....	103	<i>cyclosporine modified</i> .....	AGENTS.....	161
COARTEM.....	91	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	Dermatological Agents,	
COBENFY.....	103	CYRED.....	Other.....	165
COBENFY STARTER		CYRED EQ.....	DESCOVY.....	107
PACK.....	103	CYSTAGON.....	<i>desipramine hcl</i> .....	58
<i>codeine sulfate</i> .....	27	CYSTARAN.....	<i>desloratadine</i> .....	251
<i>colchicine</i> .....	64	Cystic Fibrosis Agents.....	<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml</i>	
<i>colesevelam hcl</i> .....	116,149		<i>spr</i> .....	192
<i>colestipol hcl</i> .....	149	<b>D</b>	<i>desmopressin acetate</i> .....	193
<i>colistimethate</i> .....	32	<i>dabigatran etexilate</i> .....	<i>desogestr-eth estrad eth</i>	
COMBIPATCH.....	200	<i>dalfampridine er</i> .....	<i>estra</i> .....	200
COMBIVENT RESPIMAT.....	259	DALVANCE.....	<i>desonide</i> .....	163
COMETRIQ.....	76	<i>danazol</i> .....	<i>desoximetasone</i> .....	163
<i>conjugated estrogens</i> .....	196	<i>dantrolene sodium</i> .....	<i>desvenlafaxine er</i> .....	54
CONSTULOSE.....	178	DANZITEN.....	<i>desvenlafaxine succinate er</i> .....	54
COPIKTRA.....	76	<i>dapagliflozin</i> .....	<i>dexamethasone</i> .....	191
CORLANOR.....	144	<i>dapagliflozin-metformin er</i> .....	<i>dexamethasone sodium</i>	
CORTROPHIN.....	190	<i>dapsone</i> .....	<i>phosphate</i> .....	246
CORTROPHIN GEL 400		DAPTACEL DTAP.....	<i>dextroamphetamine sulfate</i> .....	153
UNIT/5 ML.....	190	<i>daptomycin</i> .....	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	
COSENTYX (2 SYRINGES).....	222	<i>darifenacin er</i> .....	<i>er</i> .....	153
COSENTYX SENSOREADY (2		<i>darunavir</i> .....	<i>dextroamphetamine-amphet</i>	
PENS).....	223	<i>dasatinib</i> .....	<i>er</i> .....	153
COSENTYX SENSOREADY		DAURISMO.....	<i>dextroamphetamine-</i>	
PEN.....	223	DAYBUE.....	<i>amphetamine</i> .....	153
COSENTYX SYRINGE.....	223	DEBLITANE.....	<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i> .....	173
		<i>deferasirox</i> .....	<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i> .....	174



<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i> .....	174	<i>divalproex sodium er</i> .....	43
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i> .....	174	<i>dofetilide</i> .....	137
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i> .....	174	DOJOLVI.....	172
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i> .....	174	DOLISHALE.....	200
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i> .....	174	<i>donepezil hcl</i> .....	51
<i>dextrose in water</i> .....	174	<i>donepezil hcl odt</i> .....	51
DIACOMIT.....	42	Dopamine Agonists.....	93
<i>diazepam</i> .....	46,115	Dopamine Precursors and/or L- Amino Acid Decarboxylase Inhibitors.....	94
<i>diazoxide</i> .....	121	DOPTelet.....	133
<i>diclofenac epolamine</i> .....	24	<i>dorzolamide hcl</i> .....	248
<i>diclofenac potassium</i> .....	24	<i>dorzolamide-timolol</i> .....	243
<i>diclofenac sodium</i> .....	24,166,246	DOTTI.....	196
<i>diclofenac sodium er</i> .....	24	DOVATO.....	104
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	37	<i>doxazosin mesylate</i> .....	134
<i>dicyclomine hcl</i> .....	180	<i>doxepin hcl</i> .....	58,164
DIFICID.....	40	<i>doxercalciferol</i> .....	241
<i>diflorasone diacetate</i> .....	163	DOXY 100.....	41
<i>difluprednate</i> .....	246	<i>doxycycline hyclate</i> .....	41,160
<i>digoxin</i> .....	136,144	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	42
<i>digoxin 125 mcg tablet</i> .....	136	DRIZALMA SPRINKLE.....	54
<i>digoxin 250 mcg tablet</i> .....	136	<i>dronabinol</i> .....	60
<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	66	<i>drospirenone-eth estra-</i>	
DILANTIN.....	49	<i>levomef</i> .....	200
DILANTIN-125.....	49	<i>drospirenone-ethinyl</i>	
DILT-XR.....	140	<i>estradiol</i> .....	200
<i>diltiazem 12hr er</i> .....	141	<i>droxidopa</i> .....	133
<i>diltiazem 24hr er</i> .....	141	DUAVEE.....	212
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i> .....	141	<i>duloxetine hcl</i> .....	54
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i> .....	141	DUPIXENT PEN.....	223
<i>diltiazem hcl</i> .....	141	DUPIXENT SYRINGE.....	223
<i>dimethyl fumarate</i> .....	158	<i>dutasteride</i> .....	189
<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	179	DUVYZAT.....	184
<i>dipyridamole</i> .....	132	Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives.....	148
<i>disopyramide phosphate</i> .....	136	Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors.....	148
<i>disulfiram</i> .....	29	Dyslipidemics, Other.....	149
Diuretics, Loop.....	147		
Diuretics, Potassium-sparing.....	147		
Diuretics, Thiazide.....	147		
DIURIL.....	148		
<i>divalproex sodium</i> .....	43		

## E

<i>ec-naproxen</i> .....	25
<i>econazole nitrate</i> .....	168
EDURANT.....	105
EDURANT PED.....	105
<i>efavirenz</i> .....	106
<i>efavirenz-emtricitenofovir</i>	
<i>disop</i> .....	105
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	
<i>disop</i> .....	106
EGRIFTA SV.....	193
EGRIFTA WR.....	193
Electrolyte/Mineral Replacements.....	169
Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers.....	172
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	169
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins.....	173
ELIGARD.....	215
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE.....	215
ELIGARD 30 MG SYRINGE.....	215
ELIGARD 45 MG SYRINGE.....	216
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE.....	216
ELIQUIS.....	126
ELMIRON.....	189
<i>eltrombopag olamine</i> .....	129
ELURYNG.....	200
ELYXYB.....	65
Emetogenic Therapy Adjuncts.....	60
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE).....	65
EMGALITY PEN.....	65
EMGALITY SYRINGE.....	65

EMPAVELI.....	223	ERYTHROCIN	<i>famotidine</i> .....	182
EMSAM.....	53	LACTOBIONATE.....	FANAPT.....	98
<i>emtricitabine</i> .....	107	<i>erythromycin</i> .....	FARXIGA.....	117
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenof</i> .....	106	<i>erythromycin-benzoyl</i>	FASENRA.....	259
<i>emtricitabine-tenofovir</i>		<i>peroxide</i> .....	FASENRA PEN.....	259
<i>disop</i> .....	107	ERZOFRI.....	<i>febuxostat</i> .....	64
EMTRIVA.....	107	<i>escitalopram oxalate</i> .....	FEIRZA.....	201
<i>enalapril maleate</i> .....	135	<i>eslicarbazepine acetate</i> .....	<i>felbamate</i> .....	43
<i>enalapril-</i>		<i>esomeprazole magnesium</i> .....	<i>felodipine er</i> .....	140
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	144	ESTARYLLA.....	FEMLYV.....	201
ENBREL.....	229	ESTRACE.....	FEMRING.....	197
ENBREL MINI.....	229	<i>estradiol</i> .....	<i>fenofibrate</i> .....	148
ENBREL SURECLICK.....	229	<i>estradiol (once weekly)</i> .....	<i>fenofibric acid</i> .....	148
ENERGIX-B ADULT.....	234	<i>estradiol (twice weekly)</i> .....	<i>fentanyl</i> .....	26
ENERGIX-B PEDIATRIC-		<i>estradiol valerate</i> .....	FERRIPROX.....	172
ADOLESCENT.....	235	<i>estradiol-norethindrone</i>	<i>fesoterodine fumarate er</i> ...	188
ENILLORING.....	200	<i>acetat</i> .....	FETZIMA.....	55
<i>enoxaparin sodium</i> .....	126,127	ESTRING.....	FIASP.....	122
ENPRESSE.....	200	Estrogens.....	FIASP FLEXTOUCH.....	122
ENSKYCE.....	200	<i>eszopiclone</i> .....	FIASP PENFILL.....	123
ENSPRYNG.....	158	<i>ethambutol hcl</i> .....	Fibromyalgia Agents.....	157
<i>entacapone</i> .....	93	<i>ethosuximide</i> .....	<i>fidaxomicin</i> .....	40
<i>entecavir</i> .....	110	<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i> .....	FILSPARI.....	144
ENTRESTO.....	144	<i>etodolac</i> .....	FILSUVEZ.....	166
ENTRESTO SPRINKLE.....	144	<i>etonogestrel-ethinyl</i>	<i>finasteride</i> .....	189
ENULOSE.....	178	<i>estradiol</i> .....	<i>finlimod</i> .....	158
EPCLUSA.....	111	<i>etravirine</i> .....	FINTEPLA.....	43
EPIDIOLEX 100 MG/ML		EUCRISA.....	FINZALA.....	201
SOLUTION.....	43	EULEXIN.....	FIRMAGON.....	216
<i>epinephrine</i> .....	253	EUTHYROX.....	FLAREX.....	246
<i>eplerenone</i> .....	151	<i>everolimus</i> .....	<i>flavoxate hcl</i> .....	188
EPOGEN.....	130	EVOTAZ.....	<i>flecainide acetate</i> .....	137
ERAXIS.....	61	<i>exemestane</i> .....	<i>fluconazole</i> .....	62
Ergot Alkaloids.....	66	EXXUA.....	<i>fluconazole in saline</i> .....	62
ERIVEDGE.....	76	EYSUVIS.....	<i>fluconazole-nacl</i> .....	62
ERLEADA.....	69,70	<i>ezetimibe</i> .....	<i>flucytosine</i> .....	62
<i>erlotinib hcl</i> .....	77	<b>F</b>	<i>fludrocortisone acetate</i> .....	191
ERMEZA.....	212	FABHALTA.....	<i>flunisolide</i> .....	250
ERRIN.....	210	FALMINA.....	<i>fluocinolone acetonide</i> .....	164
<i>ertapenem</i> .....	39	<i>famciclovir</i> .....	<i>fluocinolone acetonide oil</i> ..	250
			<i>fluocinonide</i> .....	164

<i>fluocinonide-e</i> .....	164	GAMMAGARD S-D.....	219	<i>glatiramer acetate</i> .....	158
<i>fluoride</i> .....	170	GAMMAKED.....	219	GLATOPA.....	158
<i>fluorometholone</i> .....	246	GAMMAPLEX.....	220	<i>glimepiride</i> .....	117
<i>fluorouracil</i> .....	166	GAMUNEX-C.....	220	<i>glipizide</i> .....	117
<i>fluoxetine hcl</i> .....	55,56	GARDASIL 9.....	235	<i>glipizide er</i> .....	117
<i>fluphenazine decanoate</i> .....	95	GASTROINTESTINAL		<i>glipizide xl</i> .....	117
<i>fluphenazine hcl</i> .....	95	AGENTS.....	178	<i>glipizide-metformin</i> .....	117,118
<i>flurbiprofen sodium</i> .....	246	Gastrointestinal Agents,		GLOPERBA.....	64
<i>fluticasone</i>		Other.....	180	GLUCAGON 1 MG	
<i>propionate</i> .....	164,250,251	<i>gatifloxacin</i> .....	245	EMERGENCY KIT.....	121
<i>fluticasone propionate hfa</i> ..	259	GATTEX 5 MG INJECTION.....	180	Glucocorticoids.....	240
<i>fluticasone-salmeterol</i> .....	259	<i>gauze pads &amp; dressings - pads</i>		<i>glucose 5%-0.9% nacl</i> .....	174
<i>fluticasone-salmeterol hfa</i> ..	259	2 x 2.....	262	<i>glucose in water</i> .....	174
<i>fluvoxamine maleate</i> .....	56	GAVILYTE-C.....	180	<i>glyburide</i> .....	118
FML FORTE.....	247	GAVILYTE-G.....	180	<i>glyburide-metformin hcl</i> .....	118
<i>fondaparinux sodium</i> .....	127	GAVILYTE-N.....	180	Glycemic Agents.....	121
<i>fosamprenavir calcium</i> .....	109	GAVRETO.....	77	<i>glycerol phenylbutyrate</i> .....	184
<i>fosfomycin tromethamine</i> ....	32	<i>gefitinib</i> .....	77	<i>glycopyrrolate</i> .....	180
<i>fosinopril sodium</i> .....	135	<i>gemfibrozil</i> .....	148	GOLYTELY.....	180
<i>fosinopril-</i>		GEMMILY.....	201	GOMEKLI.....	77,78
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	144	GEMTESA.....	188	<i>granisetron hcl</i> .....	60
FOTIVDA.....	77	GENERLAC.....	178	GRANIX.....	130
FRAGMIN.....	127,128	GENETIC, ENZYME, OR		GRASTEK.....	221
FRUZAQLA.....	77	PROTEIN DISORDER:		<i>griseofulvin</i> .....	62
FULPHILA.....	130	REPLACEMENT, MODIFIERS,		<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	62
<i>furosemide</i> .....	147	TREATMENT.....	183	<i>guanfacine hcl</i> .....	134
FYAVOLV.....	201	Genetic, Enzyme, or Protein		<i>guanfacine hcl er</i> .....	154
FYCOMPA.....	43	Disorder: Replacement,		GVOKE.....	121
FYLNETHA.....	130	Modifiers, Treatment.....	183	GVOKE HYPOPEN 1-	
		GENGRAF.....	229	PACK.....	121
		GENITOURINARY		GVOKE HYPOPEN 2-	
<i>gabapentin</i> .....	46,47	AGENTS.....	188	PACK.....	121,122
GALAFOLD.....	184	Genitourinary Agents, Other	189	GVOKE PFS 1-PACK	
<i>galantamine er</i> .....	51	GENOTROPIN.....	193	SYRINGE.....	122
<i>galantamine hbr</i> .....	51	<i>gentamicin sulfate</i> ... 31,169,245		GVOKE PFS 2-PACK	
<i>galantamine hydrobromide</i> ...	51	<i>gentamicin sulfate in ns</i> .....	31	SYRINGE.....	122
GALBRIELA.....	201	GENVOYA.....	104		
GALLIFREY.....	210	GILENYA.....	158		
Gamma-Aminobutyric Acid		GILOTRIF.....	77	HAEGARDA.....	219
(GABA) Modulating Agents..	45	GIMOTI.....	59	HAILEY 24 FE.....	201
GAMMAGARD LIQUID.....	219	GLASSIA.....	184	<i>halobetasol propionate</i> .....	164

<i>haloperidol</i> .....	95	HORMONAL AGENTS,	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	24
<i>haloperidol decanoate</i> .....	95	SUPPRESSANT (ADRENAL	<i>hydrocortisone</i> .....	164,240
<i>haloperidol decanoate 100</i> .....	95	OR PITUITARY).....	<i>hydrocortisone butyrate</i> ....	164
<i>haloperidol lactate</i> .....	95	Hormonal Agents, Suppressant	<i>hydrocortisone valerate</i> ....	164
HAVRIX.....	235	(Adrenal or Pituitary).....	<i>hydromorphone hcl</i> .....	27
HEATHER.....	210	HORMONAL AGENTS,	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ..	91
HEMADY.....	90	SUPPRESSANT	<i>hydroxyurea</i> .....	72
Hemostasis Agents.....	132	(THYROID).....	<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral</i>	
<i>heparin sodium</i> .....	128	HUMALOG.....	<i>solution</i> .....	114
HEPLISAV-B.....	235	HUMALOG JUNIOR	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	114
HERNEXEOS.....	78	KWIKPEN.....	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	114
HIBERIX VACCINE.....	235	HUMALOG KWIKPEN U-	HYFTOR.....	231
Histamine-2 (H2) Receptor	100.....	100.....		
Antagonists.....	181	HUMALOG MIX 50-50		
HORMONAL AGENTS,		KWIKPEN.....	<i>ibandronate sodium</i> .....	241
STIMULANT/REPLACEMENT/		HUMALOG MIX 75-25.....	IBRANCE.....	78
MODIFYING (ADRENAL)...	190	HUMALOG MIX 75-25	IBTROZI.....	78
Hormonal Agents,		KWIKPEN.....	IBU.....	25
Stimulant/Replacement/Modifi		HUMATROPE.....	<i>ibuprofen</i> .....	25
ng (Adrenal).....	190	HUMIRA.....	<i>icatibant</i> .....	219
HORMONAL AGENTS,		HUMIRA PEN.....	ICLEVIA.....	201
STIMULANT/REPLACEMENT/		HUMIRA(CF).....	ICLUSIG.....	78
MODIFYING (PITUITARY)...	192	HUMIRA(CF) PEN.....	<i>icosapent ethyl</i> .....	150
Hormonal Agents,		HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-	IDHIFA.....	78
Stimulant/Replacement/Modifi		UC-HS.....	ILUMYA.....	223
ng (Pituitary).....	192	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-	<i>imatinib mesylate</i> .....	78
HORMONAL AGENTS,		ADOL HS.....	IMBRUVICA.....	78,79
STIMULANT/REPLACEMENT/		HUMULIN 70-30.....	<i>imipenem-cilastatin sodium</i> ..	39
MODIFYING (SEX		HUMULIN 70/30 KWIKPEN.	<i>imipramine hcl</i> .....	58
HORMONES/MODIFIERS)...	195	HUMULIN N.....	<i>imiquimod</i> .....	166
Hormonal Agents,		HUMULIN N KWIKPEN....	IMKELDI.....	79
Stimulant/Replacement/Modifi		HUMULIN R.....	Immunoglobulins.....	219
ng (Sex Hormones/Modifiers),		<i>hydralazine hcl</i> .....	IMMUNOLOGICAL	
Other.....	198	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	AGENTS.....	218
HORMONAL AGENTS,		<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	Immunological Agents.....	221
STIMULANT/REPLACEMENT/		<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	Immunological Agents,	
MODIFYING (THYROID)...	212	<i>10-325mg</i> .....	Other.....	222
Hormonal Agents,		<i>hydrocodone-acetaminophen 5-</i>	Immunostimulants.....	228
Stimulant/Replacement/Modifi		<i>325mg</i> .....	Immunosuppressants.....	228
ng (Thyroid).....	212	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	IMOVAX RABIES	
		<i>7.5-325mg</i> .....	VACCINE.....	235

IMPAVIDO.....	91	INTROVALE.....	202	JANUMET.....	118
IMVEXXY.....	197	INVEGA HAFYERA.....	98,99	JANUMET XR.....	118,119
INCASSIA.....	210	INVEGA SUSTENNA.....	99	JANUVIA.....	119
INCRELEX.....	193	INVEGA TRINZA.....	99	JARDIANCE.....	119
<i>indapamide</i> .....	148	INVOKAMET.....	118	JASMIEL.....	202
<i>indomethacin</i> .....	25	INVOKAMET XR.....	118	JAVYGTOR.....	184
INFANRIX DTAP VACCINE	235	INVOKANA.....	118	JAYPIRCA.....	79,80
INFLAMMATORY BOWEL		IOPIDINE.....	248	JAYTHARI.....	191
DISEASE AGENTS.....	239	IPOL.....	235	JINTELI.....	202
INGREZZA.....	156	<i>ipratropium bromide</i> .....	252	JOENJA.....	184
INGREZZA INITIATION		<i>ipratropium-albuterol</i> .....	259	JOURNAVX.....	23
PK(TARDIV).....	156	IQIRVO.....	180	JOYEAX.....	202
INGREZZA SPRINKLE.....	156	<i>irbesartan</i> .....	134	JULEBER.....	202
INLURIYO.....	71	<i>irbesartan-</i>		JULUCA.....	105
INLYTA.....	79	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	145	JUNEL.....	202
INQOVI.....	72	ISENTRESS.....	104,105	JUNEL FE.....	202
INREBIC.....	79	ISENTRESS HD.....	105	JUNEL FE 24.....	202
<i>insulin aspart</i> .....	124	ISIBLOOM.....	202	JUXTAPID.....	150
<i>insulin aspart flexpen</i> .....	124	ISOLYTE P WITH		JYLAMVO.....	231
<i>insulin aspart penfill</i> .....	124	DEXTROSE.....	174	JYNNEOS VACCINE.....	235
<i>insulin aspart prot mix 70-</i>		ISOLYTE S.....	170		
<i>30</i> .....	124	<i>isoniazid</i> .....	68	<b>K</b>	
<i>insulin glargine max</i>		<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml</i>		KAITLIB FE.....	202
<i>solostar</i> .....	124	<i>medicated pad</i> .....	263	KALETRA.....	109
<i>insulin glargine solostar</i> .....	124	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	151	KALYDECO.....	253
<i>insulin glargine-yfgn</i> .....	124	<i>isosorbide mononit er 60 mg</i>		KARIVA.....	203
<i>insulin lispro</i> .....	124	<i>tb</i> .....	152	<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i> .....	175
<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	124	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	152	<i>kcl-d5w-0.225% nacl</i> .....	175
<i>insulin lispro kwikpen u-100</i>	124	<i>isotretinoin</i> .....	162	<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i> .....	175
<i>insulin lispro protamine mix</i>	124	ISTURISA.....	193	<i>kcl-d5w-0.9% nacl</i> .....	175
<i>insulin pen needle</i> .....	263	ITOVEBI.....	79	KELNOR 1-35.....	203
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3</i>		<i>itraconazole</i> .....	62	KERENDIA.....	151
<i>ml</i> .....	263	<i>ivabradine hcl</i> .....	145	<i>ketoconazole</i> .....	62
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2</i>		<i>ivermectin</i> .....	90	<i>ketorolac tromethamine</i> .....	247
<i>ml</i> .....	263	IWILFIN.....	72	KEVZARA.....	223
<i>insulin syringe (disp) u-100</i>		IXIARO VACCINE.....	235	KINERET.....	224
<i>1ml</i> .....	263			KINRIX VACCINE.....	236
Insulins.....	122	<b>J</b>		KIONEX.....	177
INTELENCE.....	106	JAIMESS.....	202	KISQALI.....	80
INTRALIPID.....	174	JAKAFI.....	79	KISQALI FEMARA CO-	
INTRAROSA.....	202	<i>jantoven</i> .....	128	PACK.....	72

KLAYESTA.....	62	LESSINA.....	203	<i>lithium citrate</i> .....	116
KLOR-CON 10.....	170	<i>letrozole</i> .....	74	LITHOSTAT.....	190
KLOR-CON 8.....	170	<i>leucovorin calcium</i> .....	90	LIVTENCITY.....	110
KLOXXADO.....	30	LEUKERAN.....	69	LO LOESTRIN FE.....	204
KOSELUGO.....	80	LEUKINE.....	228	Local Anesthetics.....	28
KOURZEQ.....	160	<i>leuprolide acetate</i> .....	216	LOESTRIN.....	204
KRAZATI.....	80	<i>leuprolide depot</i> .....	216	LOESTRIN FE.....	204
KRINTAFEL.....	91	<i>levabuterol concentrate</i> ....	253	<i>lofexidine hcl</i> .....	29
KRISTALOSE.....	178	<i>levabuterol hcl</i> .....	253	LOJAIMIESS.....	204
KURVELO.....	203	<i>levabuterol tartrate hfa</i> ....	253	LOKELMA.....	177
KYLEENA.....	203	<i>levetiracetam</i> .....	44	<i>lomustine</i> .....	69
KYMBEE.....	191	<i>levetiracetam er</i> .....	44	LONSURF.....	73
		<i>levobunolol hcl</i> .....	248	<i>loperamide</i> .....	179
		<i>levocarnitine</i> .....	175	<i>lopinavir-ritonavir</i> .....	109
L		<i>levocetirizine</i> .....		<i>lorazepam</i> .....	115
<i>l-glutamine</i> .....	184	<i>dihydrochloride</i> .....	251	LORAZEPAM INTENSOL..	115
<i>labetalol hcl</i> .....	138	<i>levofloxacin</i> .....	40	LORBRENA.....	81
<i>lacosamide</i> .....	49	<i>levofloxacin-d5w</i> .....	40	LORYNA.....	204
<i>lactulose</i> .....	178	LEVONEST.....	203	<i>losartan potassium</i> .....	134
<i>lamivudine</i> .....	107	<i>levonorg-eth estrad eth</i>		<i>losartan-</i>	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i> ...	110	<i>estrad</i> .....	203	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	145
<i>lamivudine-zidovudine</i> .....	107	<i>levonorgestrel-eth estradiol</i> .	203	LOTEMAX.....	247
<i>lamotrigine</i> .....	43	LEVORA-28.....	204	<i>loteprednol etabonate</i> .....	247
<i>lamotrigine (blue)</i> .....	43	<i>levorphanol tartrate</i> .....	26	<i>lovastatin</i> .....	149
<i>lamotrigine (green)</i> .....	43	<i>levothyroxine sodium</i> .....	213	LOW-OGESTREL.....	204
<i>lamotrigine (orange)</i> .....	44	LEVOXYL.....	213	<i>loxapine</i> .....	96
<i>lansoprazol-amoxicil-</i>		<i>lidocaine</i> .....	28	<i>lubiprostone</i> .....	178
<i>clarithro</i> .....	180	<i>lidocaine hcl</i> .....	28	LUIZZA.....	204
<i>lansoprazole</i> .....	182	<i>lidocaine hcl viscous</i> .....	28	LUMAKRAS.....	81
LANTUS.....	124	<i>lidocaine-prilocaine</i> .....	28	LUMIGAN.....	249
LANTUS SOLOSTAR.....	125	LILETTA.....	204	LUPKYNIS.....	231
<i>lapatinib</i> .....	80	<i>linezolid</i> .....	32	LUPRON DEPOT.....	216
LARIN.....	203	<i>linezolid-d5w</i> .....	33	LUPRON DEPOT	
LARIN FE.....	203	LINZESS.....	178	(LUPANETA).....	216
<i>latanoprost</i> .....	249	<i>liothyronine sodium</i> .....	213	LUPRON DEPOT-PED....	217
LAYOLIS FE.....	203	<i>lisinopril</i> .....	135	<i>lurasidone hcl</i> .....	100
LAZCLUZE.....	80	<i>lisinopril-</i>		LUTERA.....	204
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i> .....	111	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	145	LYBALVI.....	100
<i>leflunomide</i> .....	231	LITFULO.....	224	LYLEQ.....	210
<i>lenalidomide</i> .....	70	<i>lithium carbonate</i> .....	116	LYLLANA.....	198
LENVIMA.....	80,81	<i>lithium carbonate er</i> .....	116	LYNPARZA.....	81
LEQSELVI.....	224				

LYSODREN.....	73	<i>mesalamine</i> .....	239	MICROGESTIN FE.....	205
LYTGOBI.....	81,82	<i>mesalamine dr</i> .....	239	<i>midodrine hcl</i> .....	134
LYZA.....	210	<i>mesalamine er</i> .....	239	<i>mifepristone</i> .....	217
<b>M</b>		<i>mesna</i> .....	90	MIGERGOT.....	66
		METABOLIC BONE DISEASE		<i>miglustat</i> .....	184
M-M-R II VACCINE.....	236	AGENTS.....	240	MILI.....	205
Macrolides.....	39	Metabolic Bone Disease		MIMVEY.....	205
<i>magnesium sulfate</i> .....	170,175	Agents.....	240	Mineralocorticoid Receptor	
<i>malathion</i> .....	168	<i>metformin hcl</i> .....	119	Antagonists.....	151
<i>maraviroc</i> .....	108	<i>metformin hcl er</i> .....	119	<i>minocycline hcl</i> .....	42
MARLISSA.....	204	<i>methadone hcl</i> .....	26	<i>minoxidil</i> .....	151
MARPLAN.....	53	<i>methazolamide</i> .....	249	MINZOYA.....	205
Mast Cell Stabilizers.....	255	<i>methimazole</i> .....	218	MIPLYFFA.....	184
MATERNACEL.....	176	<i>methocarbamol</i> .....	261	MIRENA.....	205
MATERVIA.....	176	<i>methotrexate</i> .....	231	<i>mirtazapine</i> .....	53
MATULANE.....	69	<i>methotrexate sodium</i> .....	231	<i>misoprostol</i> .....	182
MAVENCLAD.....	159	<i>methoxsalen</i> .....	166	<i>modafinil</i> .....	262
MAVYRET.....	111	<i>methsuximide</i> .....	45	MODEYSO.....	82
MAYZENT.....	159	<i>methylphenidate</i> .....	154	<i>moexipril hcl</i> .....	136
<i>meclizine hcl</i> .....	59	<i>methylphenidate er</i> .....	154,155	Molecular Target Inhibitors..	74
<i>medroxyprogesterone</i>		<i>methylphenidate er (la)</i> .....	155	<i>molindone hcl</i> .....	96
<i>acetate</i> .....	211	<i>methylphenidate hcl</i> ....	154,155	<i>mometasone furoate</i> .....	165
<i>mefloquine hcl</i> .....	91	<i>methylphenidate hcl cd</i> ....	155	Monoamine Oxidase B (MAO-	
<i>megestrol acetate</i> .....	211	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	155	B) Inhibitors.....	94
<i>megestrol acetate 40mg/ml oral</i>		<i>methylphenidate la</i> .....	155	Monoamine Oxidase	
<i>suspension</i> .....	211	<i>methylphenidate sr</i> .....	155	Inhibitors.....	53
MEKINIST.....	82	<i>methylprednisolone</i> .....	191	<i>montelukast sodium</i> .....	251
MEKTOVI.....	82	<i>methyltestosterone</i> .....	195	Mood Stabilizers.....	116
MELEYA.....	211	<i>metoclopramide hcl</i> .....	59	<i>morphine sulfate</i> .....	27
<i>meloxicam</i> .....	25	<i>metolazone</i> .....	148	<i>morphine sulfate er</i> .....	26
<i>memantine hcl</i> .....	51,52	<i>metoprolol succinate</i> .....	138	MOUNJARO.....	119
<i>memantine hcl er</i> .....	52	<i>metoprolol tartrate</i> .....	139	MOVANTIK.....	179
MENACTRA.....	236	<i>metoprolol-</i>		<i>moxifloxacin</i> .....	41,245
MENOSTAR.....	198	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	145	<i>moxifloxacin hcl</i> .....	41
MENQUADFI.....	236	<i>metronidazole</i> .....	33	MRESVIA.....	236
MENVEO VACCINE.....	236	<i>metyrosine</i> .....	145	MULTAQ.....	137
<i>mepерidine hcl</i> .....	27	<i>mexiletine hcl</i> .....	137	<i>multiple electrolytes t1</i>	
<i>meprobamate</i> .....	114	MIBELAS 24 FE.....	205	<i>ph5.5</i> .....	170
<i>mercaptopurine</i> .....	71	<i>micafungin</i> .....	63	<i>multiple electrolytes t1</i>	
<i>meropenem</i> .....	39	<i>miconazole 3</i> .....	63	<i>ph7.4</i> .....	170
MERZEE.....	204	MICROGESTIN.....	205		

N



<i>nystatin</i> .....	63	Ophthalmic Beta-Adrenergic	OXERVATE.....	243
<i>nystatin-triamcinolone</i> .....	166	Blocking Agents.....	<i>oxiconazole nitrate</i> .....	169
NYSTOP.....	63	Ophthalmic Intraocular	OXISTAT.....	169
NYVEPRIA.....	131	Pressure Lowering Agents,	<i>oxybutynin chloride</i> .....	188
		Other.....	<i>oxybutynin chloride er</i> .....	188
<b>O</b>		Opioid Analgesics, Long-	<i>oxycodone hcl</i> .....	27
OCTAGAM.....	220	acting.....	<i>oxycodone-acetaminophen</i> ..	24
<i>octreotide acetate</i> .....	217	Opioid Analgesics, Short-	<i>oxymorphone hcl</i> .....	28
ODACTRA.....	221	acting.....	<i>oxymorphone hcl er</i> .....	27
ODEFSEY.....	107	Opioid Dependence.....	OZEMPIC.....	119
ODOMZO.....	82	Opioid Reversal Agents.....		
OFEV.....	257	OPIPZA.....	<b>P</b>	
<i>ofloxacin</i> .....	41,245,250	OPSUMIT.....	<i>paliperidone er</i> .....	100,101
OGSIVEO.....	73	OPSYNVI.....	PALYNZIQ.....	185
OJEMDA.....	82,83	OPVEE.....	PANCREAZE.....	185
OJJAARA.....	83	ORENCIA.....	PANRETIN.....	90
<i>olanzapine</i> .....	100	ORENCIA CLICKJECT.....	<i>pantoprazole sodium</i> .....	182
<i>olanzapine odt</i> .....	100	ORENITRAM ER.....	PANZYGA.....	220
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i> ....	53	ORENITRAM MONTH 1	Parasympathomimetics.....	67
<i>olmesartan medoxomil</i> .....	135	TITRATION KT.....	<i>paricalcitol</i> .....	241
<i>olmesartan-</i>		ORENITRAM MONTH 2	<i>paroxetine hcl</i> .....	56
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	145	TITRATION KT.....	PAXLOVID.....	113,114
OLUMIANT.....	224	ORENITRAM MONTH 3	<i>pazopanib hcl</i> .....	83
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ..	150	TITRATION KT.....	PEDIARIX.....	236
<i>omeprazole</i> .....	182	ORGOVYX.....	Pediculicides/Scabicides...	168
OMNITROPE.....	194	ORIAHNN.....	PEDVAXHIB.....	236
OMVOH.....	224	ORKAMBI.....	<i>peg 3350-electrolyte</i> .....	181
OMVOH PEN.....	224	ORLADEYO.....	<i>peg-3350 and electrolytes</i> ..	181
ONAPGO.....	93	ORMALVI.....	<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-</i>	
<i>ondansetron hcl</i> .....	60,61	<i>orphenadrine citrate er</i> ....	<i>c</i> .....	181
<i>ondansetron odt</i> .....	61	ORQUIDEA.....	PEGASYS.....	228
ONGENTYS.....	93	ORSERDU.....	PEMAZYRE.....	83
ONUREG.....	71	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	PENBRAYA VACCINE.....	236
OPHTHALMIC AGENTS.....	243	OTEZLA.....	<i>penciclovir</i> .....	113
Ophthalmic Agents, Other..	243	OTEZLA XR.....	<i>penicillamine</i> .....	190
Ophthalmic Anti-allergy		OTIC AGENTS.....	<i>penicillin g potassium</i> .....	38
Agents.....	246	Otic Agents.....	<i>penicillin g sodium</i> .....	38
Ophthalmic Anti-Infectives..	244	<i>oxacillin</i> .....	<i>penicillin gk-iso-osm</i>	
Ophthalmic Anti-		<i>oxacillin sodium</i> .....	<i>dextrose</i> .....	38
inflammatories.....	246	<i>oxazepam</i> .....	<i>penicillin v potassium</i> .....	38
		<i>oxcarbazepine</i> .....		49

PENMENVY MEN A-B-C-W-Y.....	236	POLYCIN.....	245	PREVALITE.....	150
PENTACEL VACCINE.....	237	<i>polymyxin b sul-</i>		PREVYMIS.....	110
<i>pentamidine isethionate</i> .....	91	<i>trimethoprim</i> .....	245	PREZCOBIX.....	109
PENTASA.....	239	<i>polymyxin b sulfate</i> .....	33	PREZISTA.....	109
<i>pentoxifylline</i> .....	145	POMALYST.....	70	PRIFTIN.....	68
<i>perampanel</i> .....	44	PONVORY.....	159	<i>primaquine</i> .....	92
<i>perindopril erbumine</i> .....	136	PORTIA.....	207	<i>primidone</i> .....	47
<i>permethrin</i> .....	168	<i>posaconazole</i> .....	63	PRIORIX.....	237
<i>perphenazine</i> .....	96	Potassium Binders.....	177	PRIVIGEN.....	221
<i>perphenazine-amitriptyline</i> ...	53	<i>potassium chloride</i> .....	170	<i>probenecid</i> .....	64
PERSERIS.....	101	<i>potassium chloride in d5lr</i> ...	175	<i>probenecid-colchicine</i> .....	64
PERSERIS ER 90 MG		<i>potassium chloride proamp</i> ...	171	<i>prochlorperazine</i> .....	59
SYRINGE KIT.....	101	<i>potassium chloride-0.45%</i>		<i>prochlorperazine maleate</i> ...	59
PERTZYE.....	185	<i>nacl</i> .....	171	PROCRIT.....	131
<i>phenelzine sulfate</i> .....	54	<i>potassium chloride-0.9%</i>		PROCTO-MED HC.....	165
<i>phenobarbital</i> .....	47	<i>nacl</i> .....	171	PROCTOSOL-HC.....	165
<i>phenoxybenzamine hcl</i> .....	134	<i>potassium chloride-dextrose</i>		PROCTOZONE-HC.....	165
PHENYTEK.....	50	5%.....	175	<i>progesterone</i> .....	211
<i>phenytoin</i> .....	50	<i>potassium chloride-water</i> ...	171	Progestins.....	210
<i>phenytoin sodium extended</i> ...	50	<i>potassium citrate er</i> .....	171	PROGRAF.....	232
Phosphodiesterase Inhibitors,		<i>pramipexole dihydrochloride</i> ...	93	PROLASTIN C.....	185
Airways Disease.....	255	<i>prasugrel hcl</i> .....	133	PROLIA.....	241
PIFELTRO.....	106	<i>pravastatin sodium</i> .....	149	<i>promethazine hcl</i> .....	59,60
<i>pilocarpine hcl</i> .....	160,244,249	<i>praziquantel</i> .....	90	PROMETHEGAN.....	60
<i>pimecrolimus</i> .....	165	<i>prazosin hcl</i> .....	134	<i>propafenone hcl</i> .....	137
<i>pimozide</i> .....	96	PRED MILD.....	247	<i>propafenone hcl er</i> .....	137
PIMTREA.....	207	<i>prednisolone</i> .....	191	<i>propranolol hcl</i> .....	139
<i>pindolol</i> .....	139	<i>prednisolone acetate</i> .....	247	<i>propranolol hcl er</i> .....	139
<i>pioglitazone hcl</i> .....	120	<i>prednisolone sodium</i>		<i>propylthiouracil</i> .....	218
<i>piperacillin-tazobactam</i> .....	38	<i>phosphate</i> .....	192	PROQUAD.....	237
PIQRAY.....	83	<i>prednisone</i> .....	192	PROSOL.....	176
<i>pirfenidone</i> .....	257,258	PREDNISONE INTENSOL.....	192	Protectants.....	182
<i>piroxicam</i> .....	25	<i>pregabalin</i> .....	47	Proton Pump Inhibitors.....	182
PLASMA-LYTE A.....	170	<i>pregabalin er</i> .....	157	<i>protriptyline hcl</i> .....	58
PLASMA-LYTE A PH 7.4... ..	170	PREMARIN.....	198	PRURADIK.....	168
Platelet Modifying Agents... ..	132	PREMASOL.....	176	Pulmonary	
PLENAMINE.....	185	PREMPHASE.....	207	Antihypertensives.....	255
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i> ...	56	PREMPRO.....	207	Pulmonary Fibrosis Agents.....	257
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i> ...	56	<i>prenatal vitamin with minerals</i>		PULMOZYME.....	254
<i>podofilox</i> .....	167	<i>and folic acid greater than 0.8</i>		<i>pyrazinamide</i> .....	68
		<i>mg oral tablet</i> .....	176	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	67

<i>pyridostigmine bromide er</i> .....	67	RELISTOR.....	179	ROMVIMZA.....	84
<i>pyrimethamine</i> .....	92	<i>repaglinide</i> .....	120	<i>ropinirole hcl</i> .....	94
PYRUKYND.....	185,186	REPATHA SURECLICK.....	150	<i>rosuvastatin calcium</i> .....	149
PYRUKYND 20 MG		REPATHA SYRINGE.....	151	ROSYRAH.....	207
TABLET.....	185	Respiratory Tract Agents,		ROTARIX.....	237
PYRUKYND 5 MG TABLET	185	Other.....	258	ROTATEQ.....	237
PYRUKYND 50 MG		RESPIRATORY		ROZLYTREK.....	84
TABLET.....	186	TRACT/PULMONARY		RUBRACA.....	84
<b>Q</b>		AGENTS.....	250	<i>rufinamide</i> .....	50
QBREXZA.....	167	RETACRIT.....	131	RUKOBIA.....	108
QINLOCK.....	83	RETEVMO.....	83,84	RYBELSUS.....	120
QUADRACEL DTAP-IPV...	237	Retinoids.....	89	RYDAPT.....	84
<i>quetiapine fumarate</i> .....	101	REVCovi.....	186	<b>S</b>	
<i>quetiapine fumarate er</i> .....	101	REVUFORJ.....	73	<i>sacubitril-valsartan</i> .....	146
<i>quinapril hcl</i> .....	136	REXTOVY.....	30	SAFYRAL.....	207
<i>quinidine gluconate</i> .....	137	REXULTI.....	101	SAJAZIR.....	219
<i>quinidine sulfate</i> .....	137	REYATAZ.....	109	SANDIMMUNE.....	232
<i>quinine sulfate</i> .....	92	REZDIFFRA.....	214	SANTYL.....	167
Quinolones.....	40	REZLIDHIA.....	84	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	186
QVAR REDIHALER.....	251	REZUROCK.....	221	SAVELLA.....	157
<b>R</b>		RHOPRESSA.....	249	SCEMBLIX.....	85
RABAVERT VACCINE.....	237	<i>ribavirin</i> .....	111	<i>scopolamine</i> .....	60
<i>rabeprazole sodium</i> .....	182	<i>rifabutin</i> .....	68	SECUADO.....	102
RADICAVA ORS.....	152	<i>rifampin</i> .....	68	SELARSDI.....	225
RALDESY.....	56	<i>riluzole</i> .....	153	Selective Estrogen Receptor	
<i>raloxifene hcl</i> .....	212	<i>rimantadine hcl</i> .....	112	Modifying Agents.....	212
<i>ramelteon</i> .....	261	RINVOQ.....	224	<i>selegiline hcl</i> .....	94
<i>ramipril</i> .....	136	RINVOQ LQ.....	225	<i>selenium sulfide</i> .....	165
<i>ranolazine er</i> .....	146	<i>risedronate sodium</i> .....	241	SELZENTRY.....	108
RAPAMUNE.....	232	<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>		SEREVENT DISKUS.....	253
<i>rasagiline mesylate</i> .....	94	(dose pack of 12).....	242	SEROSTIM.....	181,194
RAYALDEE.....	241	<i>risperidone</i> .....	101,102	Serotonin (5-HT) Receptor	
REBIF.....	159	<i>risperidone er</i> .....	102	Agonists.....	66
REBIF REBIDOSE.....	159	<i>risperidone odt</i> .....	102	<i>sertraline hcl</i> .....	56,57
RECLIPSEN.....	207	<i>ritonavir</i> .....	110	SETLAKIN.....	207
RECOMBIVAX HB.....	237	<i>rivaroxaban</i> .....	128	SHAROBEL.....	212
RECORLEV.....	217	<i>rivastigmine</i> .....	51	SHINGRIX VACCINE.....	237
RELENZA.....	112	RIVELSA.....	207	SIGNIFOR.....	217
RELEUKO.....	131	RIVFLOZA.....	186	SIKLOS.....	186
		<i>rizatriptan</i> .....	66	<i>sildenafil</i> .....	256
		<i>roflumilast</i> .....	255		

<i>sildenafil citrate</i> .....	152,257	SOHONOS.....	242	<i>sulfamethoxazole-</i>	
SILIQ.....	225	<i>solifenacin succinate</i> .....	188	<i>trimethoprim</i> .....	41
SILVADENE.....	167	SOLOSEC.....	33	SULFAMYLON.....	169
<i>silver sulfadiazine</i> .....	167	SOLTAMOX.....	71	<i>sulfasalazine</i> .....	239
SIMLANDI(CF).....	232	SOMAVERT.....	217	<i>sulfasalazine dr</i> .....	240
SIMLANDI(CF)		<i>sorafenib</i> .....	85	Sulfonamides.....	41
AUTOINJECTOR.....	232	<i>sotalol</i> .....	137	<i>sulindac</i> .....	26
SIMPONI.....	233	SOTALOL AF.....	138	<i>sumatriptan</i> .....	66
<i>simvastatin</i> .....	149	SOTYKTU.....	225	<i>sumatriptan succinate</i> .....	66
<i>sirolimus</i> .....	233	SOVALDI.....	112	<i>sunitinib malate</i> .....	85
SIRTURO.....	68	SPEVIGO.....	167,225	SUNLENCA.....	108
SIVEXTRO.....	33	SPIRIVA RESPIMAT.....	252	SUPPLIES.....	262
SKELETAL MUSCLE		<i>spironolactone</i> .....	151	Supplies.....	262
RELAXANTS.....	260	<i>spironolactone-hctz</i> .....	146	SUTAB.....	179
Skeletal Muscle Relaxants.....	260	SPRINTEC.....	207	SYEDA.....	208
SKYCLARYS.....	157	SPRITAM.....	44	SYMDEKO.....	254
SKYLA.....	207	SPS.....	177	SYMPAZAN.....	47
SKYRIZI.....	225	SRONYX.....	207	SYMTUZA.....	110
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-		SSD.....	167	SYNAREL.....	218
BODY.....	225	SSRIs/SNRIs (Selective		SYNJARDY.....	120
SKYRIZI ON-BODY.....	225	Serotonin Reuptake		SYNJARDY XR.....	120
SKYRIZI PEN.....	225	Inhibitor/Serotonin and		SYNTHROID.....	214
SKYTROFA.....	194	Norepinephrine Reuptake			
SLEEP DISORDER		Inhibitor).....	54	<b>T</b>	
AGENTS.....	261	STELARA.....	225	TABLOID.....	72
Sleep Promoting Agents.....	261	STEQEYMA.....	226	TABRECTA.....	73
Smoking Cessation Agents.....	30	STIMUFEND.....	131	<i>tacrolimus</i> .....	165,233
<i>sod sulf-potass sulf-mag</i>		STIOLTO RESPIMAT.....	260	<i>tadalafil</i> .....	189
<i>sulf</i> .....	181	STIVARGA.....	85	<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca</i>	
Sodium Channel Agents.....	48	<i>streptomycin sulfate</i> .....	31	<i>generic</i> ).....	257
<i>sodium chloride</i> .....	171	STRIBILD.....	105	TADLIQ.....	257
<i>sodium chloride-water</i> .....	172	STRIVERDI RESPIMAT.....	253	TAFINLAR.....	85
<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride</i>		SUBVENITE.....	44	TAGRISSO.....	85
<i>ion 1 mg) oral tablet</i> .....	172	SUBVENITE (BLUE).....	44	TAKHZYRO.....	219
<i>sodium oxybate</i> .....	262	SUBVENITE (GREEN).....	45	TALTZ 80 MG/ML	
<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	186	SUBVENITE (ORANGE).....	45	AUTOINJECTOR.....	226
<i>sodium polystyrene</i>		<i>sucralfate</i> .....	182	TALTZ 80 MG/ML	
<i>sulfonate</i> .....	177	<i>sulfacetamide sodium</i> ... 41,245		SYRINGE.....	226
<i>sodium sulfacetamide</i> .....	41	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	244	TALTZ SYRINGE.....	226
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i> .....	112	<i>sulfadiazine</i> .....	41	TALZENNA.....	85,86
SOGROYA.....	195			<i>tamoxifen citrate</i> .....	71

<i>tamsulosin hcl</i> .....	189	TIBSOVO.....	86	TRELEGY ELLIPTA.....	260
TARINA 24 FE.....	208	<i>ticagrelor</i> .....	133	TRELSTAR.....	218
TARINA FE.....	208	TICOVAC.....	238	TREMFYA.....	226
TARINA FE 1-20 EQ.....	208	<i>tigecycline</i> .....	33	TREMFYA 100 MG/ML	
TARPEYO.....	221	TIGLUTIK 50 MG/10 ML		PEN.....	226
TASCENSO ODT.....	159	SUSP.....	153	TREMFYA PEN.....	226
TASIGNA.....	86	TILIA FE.....	208	TREMFYA PEN INDUCTION	
<i>tasimelteon</i> .....	261	<i>timolol maleate</i> .....	139,248	(2 PEN).....	226
TAVALISSE.....	133	<i>tinidazole</i> .....	33	<i>tretinoin</i> .....	90,162
TAVNEOS.....	221	<i>tiopronin</i> .....	190	TRI-ESTARYLLA.....	208
<i>tazarotene</i> .....	162	<i>tiotropium bromide</i> .....	252	TRI-LEGEST FE.....	208
TAZICEF.....	36	TIROSINT-SOL.....	214	TRI-LO-ESTARYLLA.....	208
TAZVERIK.....	86	TIVICAY.....	105	TRI-LO-SPRINTEC.....	208
TEFLARO.....	36	TIVICAY PD.....	105	TRI-MILI.....	208
<i>telmisartan</i> .....	135	<i>tizanidine hcl</i> .....	104	TRI-SPRINTEC.....	208
<i>temazepam</i> .....	261	TOBI PODHALER.....	254	TRI-VYLIBRA.....	208
TENIVAC.....	238	TOBRADEX.....	244	TRI-VYLIBRA LO.....	208
<i>tenofovir disoproxil</i>		<i>tobramycin</i> .....	245,254	<i>triamcinolone</i>	
<i>fumarate</i> .....	111	<i>tobramycin sulfate</i> .....	31	<i>acetonide</i> .....	161,165
TEPMETKO.....	73	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	244	<i>triamterene</i> .....	147
<i>terazosin hcl</i> .....	134	TOBREX.....	245	<i>triamterene-</i>	
<i>terbinafine hcl</i> .....	63	<i>tolcapone</i> .....	93	<i>hydrochlorothiazid</i> .....	146
<i>terconazole</i> .....	63	<i>tolterodine tartrate</i> .....	189	<i>triazolam</i> .....	261
<i>teriflunomide</i> .....	160	<i>tolterodine tartrate er</i> .....	189	Tricyclics.....	57
<i>teriparatide</i> .....	242	<i>tolvaptan</i> .....	172	TRIDACAINE.....	28
<i>testosterone</i> .....	195	Topical Anti-infectives.....	168	TRIDACAINE II.....	28
<i>testosterone cypionate</i> .....	195	<i>topiramate</i> .....	45	TRIDERM.....	165
<i>testosterone enanthate</i> .....	196	<i>toremifene citrate</i> .....	71	<i>trientine hcl</i> .....	173
<i>tetrabenazine</i> .....	157	TORPENZ.....	86	<i>trifluoperazine hcl</i> .....	96
<i>tetracycline hcl</i> .....	42	<i>torseamide</i> .....	147	<i>trifluridine</i> .....	245
Tetracyclines.....	41	TPN ELECTROLYTES.....	176	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	92
THALOMID.....	71	<i>tramadol hcl</i> .....	28	TRIKAFTA.....	254
<i>theophylline 80 mg/15ml oral</i>		<i>trandolapril</i> .....	136	<i>trimethobenzamide hcl</i> .....	60
<i>solution</i> .....	255	<i>tranexamic acid</i> .....	132	<i>trimethoprim</i> .....	33
<i>theophylline anhydrous</i> .....	255	<i>tranylcypromine sulfate</i> .....	54	<i>trimipramine maleate</i> .....	59
<i>theophylline er</i> .....	255	TRAVASOL.....	176	TRINTELLIX.....	57
<i>thioridazine hcl</i> .....	96	<i>travoprost</i> .....	249	TRIUMEQ.....	107
<i>thiothixene</i> .....	96	<i>trazodone hcl</i> .....	57	TRIUMEQ PD.....	107
THYQUIDITY.....	214	Treatment Adjuncts.....	90	TRIVORA-28.....	208
TIADYLT ER.....	141	Treatment-Resistant.....	103	TROPHAMINE.....	177
<i>tiagabine hcl</i> .....	48	TRECATOR.....	68	<i>tropium chloride</i> .....	189

<i>trospium chloride er</i> .....	189	VALTYA.....	209	VIOKACE.....	186
TRULANCE.....	179	<i>vancomycin hcl</i> .....	33,34	VIRACEPT.....	110
TRULICITY.....	120	VANFLYTA.....	87	VIREAD.....	111
TRUMENBA.....	238	VANRAFIA.....	146	VITALARA.....	177
TRUQAP.....	86	VAQTA.....	238	VITRAKVI.....	87,88
TRYNGOLZA.....	151	<i>varenicline tartrate</i> .....	30	VIVITROL.....	29
TUKYSA.....	86	VARIVAX VACCINE.....	238	VIVOTIF.....	239
TURALIO.....	86	Vasodilators, Direct-acting		VIZIMPRO.....	88
TURQOZ.....	208	Arterial.....	151	VONJO.....	88
TWINRIX.....	238	Vasodilators, Direct-acting		VOQUEZNA DUAL PAK....	181
TYBOST.....	108	Arterial/Venous.....	151	VOQUEZNA TRIPLE PAK..	181
TYDEMY.....	209	VAXCHORA VACCINE.....	238	VORANIGO.....	88
TYENNE.....	233	VELIVET.....	209	<i>voriconazole</i> .....	63
TYENNE AUTOINJECTOR.....	233	VELSIPITY.....	181	<i>voriconazole 200 mg vial</i> ....	64
TYMLOS.....	242	VEMLIDY.....	111	VOSEVI.....	112
TYPHIM VI.....	238	VENCLEXTA.....	87	VOWST.....	181
TYRVAYA.....	244	VENCLEXTA 10 MG		VOYDEYA.....	221
TYVASO DPI.....	257	TABLET.....	87	VRAYLAR.....	102
		VENCLEXTA STARTING		VTAMA.....	167
		PACK.....	87	VUMERITY.....	160
		<i>venlafaxine besylate er</i> .....	57	VYFEMLA.....	209
		<i>venlafaxine hcl</i> .....	57	VYKAT XR.....	122
		<i>venlafaxine hcl er</i> .....	57	VYLIBRA.....	209
		VENXXIVA.....	190	VYNDAMAX.....	187
		VEOZAH.....	157	VYNDAQEL.....	187
		<i>verapamil er</i> .....	142	VYVGART HYTRULO.....	67
		<i>verapamil er pm</i> .....	142		
		<i>verapamil hcl</i> .....	142		
		<i>verapamil sr</i> .....	142		
		VERQUVO.....	146		
		VERSACLOZ.....	103		
		VERZENIO.....	87		
		VESTURA.....	209		
		VIBERZI.....	180		
		VIENVA.....	209		
		<i>vigabatrin</i> .....	48		
		VIGADRONE.....	48		
		VIGAFYDE.....	48		
		VIJOICE.....	87		
		<i>vilazodone hcl</i> .....	57		
		VIMKUNYA.....	238		

## U

UBRELVY.....	66
UDENYCA.....	131
UDENYCA	
AUTOINJECTOR.....	131
UNITHROID.....	215
UPTRAVI.....	257
<i>ursodiol</i> .....	181
<i>ustekinumab</i> .....	226
UZEDY.....	102

## V

VABOMERE.....	39
Vaccines.....	234
<i>valacyclovir</i> .....	113
VALCHLOR.....	167
<i>valganciclovir hcl</i> .....	110
<i>valproic acid</i> .....	45
<i>valsartan</i> .....	135
<i>valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i> .....	146
VALTOCO.....	48

## W

WAINUA.....	187
Wakefulness Promoting	
Agents.....	262
<i>warfarin sodium</i> .....	128
WEGOVY.....	146
WELIREG.....	187
WESNATAL DHA	
COMPLETE.....	177
WINREVAIR (2 PACK)....	260
WINREVAIR 45 MG VIAL..	260
WINREVAIR 60 MG VIAL..	260
WIXELA INHUB.....	260
WYMZYA FE.....	209

<b>X</b>		ZARXIO.....	132
		ZAVZPRET.....	66
XALKORI.....	88	ZEGALOGUE	
XARAH FE.....	209	AUTOINJECTOR.....	122
XARELTO.....	128	ZEGALOGUE SYRINGE....	122
XATMEP.....	233	ZEJULA.....	89
XCOPRI.....	50	ZELBORAF.....	89
XDEMVI.....	245	ZELSUVMI.....	169
XELJANZ.....	227	ZEMAIRA.....	187
XELJANZ XR.....	227	ZENATANE.....	162
XELRIA FE.....	209	ZENPEP.....	187
XERMELO.....	180	ZEPATIER.....	112
XGEVA.....	242	ZEPOSIA.....	160
XIFAXAN.....	34	ZERBAXA.....	36
XIGDUO XR.....	120,121	ZEVERTA.....	36
XIIDRA.....	244	<i>zidovudine</i> .....	107
XOFLUZA.....	112,113	ZIEXTENZO.....	132
XOLAIR.....	227	ZILBRYSQ.....	227,228
XOLREMDI.....	132	<i>ziprasidone hcl</i> .....	103
XOSPATA.....	89	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	103
XPOVIO.....	89	ZIRGAN.....	246
XROMI.....	187	ZOLINZA.....	73
XTANDI.....	70	<i>zolmitriptan</i> .....	67
XULANE.....	209	<i>zolmitriptan odt</i> .....	67
XYWAV.....	262	<i>zolpidem tartrate</i> .....	262
<b>Y</b>		<i>zolpidem tartrate er</i> .....	262
		ZOMACTON.....	195
YARGESA.....	187	ZONISADE.....	50
YASMIN 28.....	210	<i>zonisamide</i> .....	50
YAZ.....	210	ZORTRESS.....	233
YESINTEK.....	227	ZORYVE.....	167
YF-VAX.....	239	ZOVIA 1-35.....	210
YIMMUGO.....	221	ZTALMY.....	48
YONSA.....	70	ZURZUVAE.....	53
YORVIPATH.....	242	ZYDELIG.....	89
YUVAFEM.....	198	ZYKADIA.....	89
<b>Z</b>			
ZAFEMY.....	210		
<i>zafirlukast</i> .....	251		
<i>zaleplon</i> .....	261		

## CalOptima Health OneCare Complete 고객 서비스

방법	고객 서비스부 – 연락처 정보
전화	<b>1-877-412-2734</b>  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	<b>711</b>  통화는 무료입니다. 고객 서비스부는 주 7 일, 24 시간 연락하실 수 있습니다.
팩스	<b>1-714-246-8711</b>
서면	CalOptima Health OneCare Complete Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
이메일	OneCarecustomerservice@caloptima.org
웹사이트	<a href="http://www.caloptima.org/OneCare">www.caloptima.org/OneCare</a>