

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

Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) 2027

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN DE LOS
MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

Esta *Lista de medicamentos* fue actualizada el 09/01/2026.

Para obtener la información más reciente o si tiene alguna pregunta, llámenos al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre) o visite www.caloptima.org/OneCare.

H5433_27PD001TS_C

Formulary ID: 27416, Version Number: 7

CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan | *Lista de medicamentos cubiertos (Lista de medicamentos) 2027*

Introducción

Se denomina este documento *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocido como *Lista de medicamentos*). Le informa qué medicamentos recetados son cubiertos por CalOptima Health OneCare Complete. La *Lista de medicamentos* también le informa si existe alguna norma o restricción especial para cualquiera de los medicamentos cubiertos por CalOptima Health OneCare Complete. Aparecen los términos importantes y sus definiciones en el último capítulo de la *Guía para miembros*.

Índice de contenido

A. Descargo de responsabilidad	4
B. Preguntas comunes	10
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviar, llamamos a esta lista “ <i>Lista de medicamentos</i> ”).	10
B2. ¿Cambia la <i>Lista de medicamentos</i> a lo largo del año?	11
B3. ¿Qué sucede cuando se hace un cambio a la <i>Lista de medicamentos</i> ?	12
B4. ¿Existen restricciones o límites para la cobertura de medicamentos o hay algunas medidas que se tienen que hacer para obtener ciertos medicamentos?	14
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si hay medidas que hay que hacer para obtener el medicamento?	15
B6. ¿Qué sucede si CalOptima Health OneCare Complete cambia las normas sobre algunos de los medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por etapas)?	15
B7. ¿Cómo puedo localizar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	15

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no se encuentra en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	16
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de CalOptima Health OneCare Complete y no puedo localizar mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o si tengo problemas para obtener mi medicamento?	16
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?	18
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	18
B12. ¿Cuánto tiempo se tarda para obtener una excepción?	18
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	19
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo están relacionados con los biosimilares?	19
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?	19
B16. ¿Cubre CalOptima Health OneCare Complete productos OTC que no son medicamentos?	20
B17. ¿Cubre CalOptima Health OneCare Complete los suministros a largo plazo de medicamentos recetados?	20
B18. ¿Ofrece mi farmacia local la entrega a domicilio de mis medicamentos recetados?	20
B19. ¿Cuál es mi copago?	21
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	22
C1. Lista de medicamentos por enfermedad	23
D. Índice de medicamentos cubiertos	I-1

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.



A.Descargo de responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que los miembros pueden obtener en CalOptima Health OneCare Complete.

CalOptima Health OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, es una organización de Medicare Advantage con contratos de Medicare y Medi-Cal. La inscripción en CalOptima Health OneCare depende de la renovación de los contratos. Llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Visítenos en www.caloptima.org/OneCare.

- ❖ Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos cubiertos* actualizada de CalOptima Health OneCare Complete en línea en **www.caloptima.org/OneCare** o llamando al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Esta llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Este documento está disponible de forma gratuita en inglés, español, vietnamita, persa, coreano, chino, árabe y ruso.

Aviso de disponibilidad de servicios de ayuda lingüística y dispositivos y servicios auxiliares

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.*

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



العربية (Arabic)

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

Հայերեն (Armenian)

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

简体中文 (Simplified Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电
1-877-412-2734 (TTY: 711)。我们另外还提供针对残疾人士的
帮助和服务，例如盲文和大字体阅读，提供您方便取用。
请致电1-877-412-2734 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

繁體中文 (Traditional Chinese)

注意: 如果您需要以您的語言獲得幫助，請致電
1-877-412-2734 (TTY 711)。為殘障人士也提供幫助和
服務，例如盲文和大字體的文件。致電1-877-412-2734
(TTY 711)。這些服務是免費的。

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al 1-877-412-2734
(TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de
8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.



ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

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

हिंदी (Hindi)

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

Hmoob (Hmong)

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

日本語 (Japanese)

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

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.caloptima.org/OneCare.



한국어 (Korean)

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

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:
ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາ
ເບີ **1-877-412-2734 (TTY: 711)**.
ຢ່າມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເລະການບໍລິການສູ່ລະບົບພິການ
ເຊື່ອມຕໍ່ສານທີ່ເປັນອກສອນນຸ່ມເລະມີໂຕພິມໃຫຍ່
ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-877-412-2734 (TTY: 711)**.
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac
nor douc waac daaih lorx taux **1-877-412-2734 (TTY:
711)**. Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong
bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux
longc benx nzangc-pokc bun 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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734**
(TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de
8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.
Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.



ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណុះ បើអ្នកត្រូវការជំនួយ

របស់អ្នក សូម

ទូរស័ព្ទទៅលេខ **1-877-412-2734**

(TTY: **711**) ។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ

ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក

ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរព្រមព្រ័ង ក៏អាចរកបានផងដែរ។

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

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-877-412-2734**

(TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت،

مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با

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

می‌شوند.

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам требуется помощь на вашем

родном языке, звоните по номеру **1-877-412-2734**

(линия TTY: **711**). Для людей с ограниченными

возможностями доступны дополнительные

материалы и услуги, например документы,

напечатанные шрифтом Брайля или крупным

шрифтом. Свяжитесь с нами по телефону

1-877-412-2734 (линия TTY: **711**). Такие услуги

предоставляются бесплатно.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734**

(TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de

8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.



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

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.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.caloptima.org/OneCare.



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.

- ❖ También puede solicitar recibir los materiales en otros idiomas y/o en otro formato alternativo de manera permanente.
- Para hacer una solicitud permanente de materiales en un idioma principal o en un formato alternativo, llame al número de Servicios para Miembros que se encuentra al pie de la página o visite nuestro portal seguro para miembros en línea en <https://member.caloptima.org/#/user/login>.
- Su solicitud será almacenada en nuestro sistema para correspondencia y comunicados futuros.
- Para cancelar o cambiar su solicitud permanente, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.

B. Preguntas comunes

Aquí puede encontrar las respuestas a las preguntas que tenga acerca de esta *Lista de medicamentos cubiertos* (*Lista de medicamentos*). Puede leer todas las preguntas más comunes para obtener más información, o buscar una pregunta y respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviar, llamamos a esta lista “*Lista de medicamentos*”).

Los medicamentos de la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la **Sección C1** son los medicamentos cubiertos por CalOptima Health OneCare Complete. Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia es parte de nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para trabajar con nosotros y brindarle servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (over-the-counter, OTC) y ciertas vitaminas, pueden estar cubiertos a través de Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (Beneficiary Identification Card, BIC) de Medi-Cal a la farmacia cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

- CalOptima Health OneCare Complete cubrirá todos los medicamentos necesarios por motivos médicos en la *Lista de medicamentos* si:
 - su médico u otro profesional que receta afirma que usted los necesita para mejorar o mantenerse saludable,
 - CalOptima Health OneCare Complete acepta que el medicamento es medicamento necesario para usted, y
 - usted surte la receta en una farmacia de la red de CalOptima Health OneCare Complete.
- En algunos casos, tiene que hacer algo antes de que pueda obtener un medicamento. Consulte la pregunta número B4 para obtener más información.

También puede localizar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web www.caloptima.org/OneCare o puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

B2. ¿Cambia la *Lista de medicamentos* a lo largo del año?

Sí, y CalOptima Health OneCare Complete debe seguir las normas de Medicare y Medi-Cal al hacer cualquier cambio. Podemos agregar o eliminar medicamentos de la *Lista de medicamentos* durante el año.

También podemos cambiar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos hacer lo siguiente:

- Decidir requerir o no la aprobación previa de un medicamento. (La aprobación previa es el permiso que otorga CalOptima Health OneCare Complete antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (esto se llama límites de cantidad).

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



- Agregar o cambiar las restricciones de terapia por etapas a un medicamento. (La terapia por etapas significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Consulte la pregunta B4 para obtener más información sobre estas normas.

Generalmente, si está tomando un medicamento que fue cubierto al **principio** del año, no se discontinuará ni se reducirá la cobertura del medicamento **durante el resto del año**, excepto cuando:

- un nuevo medicamento más económico en el mercado que funciona tan bien como el medicamento que se encuentra actualmente en la *Lista de medicamentos* sea disponible, o
- se revele que el medicamento no es seguro, o
- se retira el medicamento del mercado.

Las preguntas B3 y B6 a continuación muestran más información sobre lo que sucede cuando cambia la *Lista de medicamentos*.

- Siempre puede consultar la *Lista de medicamentos* actualizada de CalOptima Health OneCare Complete en línea en www.caloptima.org/OneCare. Las actualizaciones de la *Lista de medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.
- También puede llamar a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

B3. ¿Qué sucede cuando se hace un cambio a la *Lista de medicamentos*?

Algunos cambios a la *Lista de medicamentos* serán **inmediatos**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas nuevas versiones de medicamentos.** Podemos eliminar inmediatamente los medicamentos de la *Lista de medicamentos* si los reemplazamos con ciertas nuevas versiones de ese medicamento, pero su costo por el nuevo medicamento seguirá siendo \$0. Al agregar una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar las normas o límites de cobertura del medicamento.
 - Es posible que no le informemos de un cambio antes de hacerlo, pero le enviaremos información sobre los cambios específicos que hicimos cuando sucedan.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.



- Solo podemos hacer estos cambios si el medicamento que estamos agregando:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
 - es una cierta nueva versión biosimilar de productos biológicos originales en la *Lista de medicamentos* (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que puede sustituir a un producto biológico original sin una nueva receta).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Consulte la **Sección B14** para obtener más información.
- Usted o su proveedor puede solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con información sobre los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte las preguntas del B10 al B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se eliminan medicamentos peligrosos y otros que han sido retirados del mercado.** A veces, se determina que un medicamento no es seguro o se retira del mercado por otros motivos. Si esto sucede, podemos retirarlo inmediatamente de la *Lista de medicamentos*. Si está tomando ese medicamento, le enviaremos un aviso después de hacer el cambio.
- Puede colaborar con su médico o proveedor recetante para buscar otro medicamento para tratar su enfermedad. Comuníquese con su médico o proveedor recetante para recibir ayuda para encontrar otro medicamento.
- También puede llamar a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 3 de septiembre).

Se pudieran hacer otros cambios que afectan los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación de estos cambios a la *Lista de medicamentos*. Se pudieran hacer cambios en las siguientes situaciones:

- Tras recibir alineaciones nuevas de la FDA o en conformidad con nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Lista de medicamentos* cuando agregamos una versión genérica que ya está disponible en el mercado, o
- eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar, o
- cambiamos las normas de cobertura o los límites para el medicamento de marca.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite www.caloptima.org/OneCare.



Cuando se produzcan estos cambios, le informaremos:

- al menos 30 días antes de hacer estos cambios a la *Lista de medicamentos*, o
- cuando solicite surtir el medicamento de nuevo y le daremos un suministro de 30 días.

Así tendrá suficiente tiempo para hablar con su médico o proveedor recetante para decidir:

- si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar, o
- si debe solicitar una excepción a estos cambios. Consulte las preguntas del B10 al B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B4. ¿Existen restricciones o límites para la cobertura de medicamentos o hay algunas medidas que se tienen que hacer para obtener ciertos medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o tienen límites en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted o su médico u otro proveedor recetante deben hacer algo antes de que pueda obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa:** para algunos medicamentos, usted o su médico u otro proveedor recetante deben obtener una autorización de CalOptima Health OneCare Complete, según ciertos criterios, antes de surtir su receta. Una autorización previa es diferente a una referencia. Si no obtiene esta autorización previa, es posible que CalOptima Health OneCare Complete no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** a veces CalOptima Health OneCare Complete limita la cantidad que puede recibir de un medicamento.
- **Terapia por etapas:** a veces CalOptima Health OneCare Complete requiere que primero haga una terapia por etapas. Esto significa que tendrá que probar los medicamentos en un cierto orden para su afección médica. Tal vez tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si el médico recetante considera que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional en las tablas de la **Sección C1**. También puede obtener más información en nuestro sitio web www.caloptima.org/OneCare. Los documentos en línea le explican sobre las autorizaciones previas y las restricciones de terapia por etapas. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



Puede solicitar una excepción a estos límites. Así tendrá tiempo para hablar con su médico u otro proveedor recetante para decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar o si debe solicitar una excepción. Consulte las preguntas del B10 al B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si hay medidas que hay que hacer para obtener el medicamento?

La tabla en la sección titulada “Lista de medicamentos por enfermedad” contiene una columna denominada “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucede si CalOptima Health OneCare Complete cambia las normas sobre algunos de los medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por etapas)?

En algunos casos, le informaremos con antelación si agregamos o cambiamos la necesidad de una autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por etapas para un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre los avisos de antelación y las situaciones cuando no podemos informarle antes cuando cambian las normas sobre los medicamentos en la lista.

B7. ¿Cómo puedo localizar un medicamento en la *Lista de medicamentos*?

Hay dos maneras de localizar un medicamento:

- puede buscar el nombre del medicamento por orden alfabético, o
- puede buscar por enfermedad.

Para buscar por **orden alfabético**, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página I-1. El índice ofrece una lista por orden alfabético en inglés de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos aparecen en el índice. Busque su medicamento en el índice. Junto a su medicamento, verá el número de la página donde puede encontrar información sobre la cobertura. Diríjase a la página indicada en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar por enfermedad, busque la **Sección C1** titulada “Lista de medicamentos por enfermedad”. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una enfermedad cardíaca (del corazón) aparecen bajo la categoría “Cardiovascular Agents”, por su título en inglés (agentes cardiovasculares). Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan enfermedades del corazón.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.



B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no se encuentra en la *Lista de medicamentos*?

Si no localiza su medicamento en la *Lista de medicamentos*, llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Si se entera de que CalOptima Health OneCare Complete no cubre el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Solicitar a Servicios para Miembros una *Lista de medicamentos* similares como al que desea tomar. Luego, muestre la lista a su médico u otro proveedor recetante. El médico puede recetar un medicamento de la *Lista de medicamentos* similar al que desea tomar. **O**
- Solicitar a CalOptima Health OneCare Complete que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas del B10 al B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de CalOptima Health OneCare Complete y no puedo localizar mi medicamento en la *Lista de medicamentos* o si tengo problemas para obtener mi medicamento?

Podemos ayudarle. Podríamos cubrir un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días de ser miembro de CalOptima Health OneCare Complete. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro proveedor recetante para que le ayude a decidir si hay un medicamento similar en la *Lista de medicamentos* que puede tomar en su lugar, o si debe solicitar una excepción.

Si la receta está escrita para menos días, se permite surtirla varias veces hasta recibir un suministro máximo de 30 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días de su medicamento si:

- está tomando un medicamento que no está en nuestra *Lista de medicamentos*, **o**
- las normas del plan no le permiten obtener la cantidad recetada por su proveedor recetante, **o**
- el medicamento requiere la autorización previa de CalOptima Health OneCare Complete, **o**
- está tomando un medicamento que es parte de una restricción de terapia por etapas.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



Si está tomando un medicamento que CalOptima Health OneCare Complete no considera como un medicamento de la Parte D, y el medicamento no está en la *Lista de medicamentos*, y tiene problemas para conseguirlo, es posible que Medi-Cal Rx lo cubra. Si necesita una excepción para un medicamento excluido de la Parte D y se trata de una emergencia, Medi-Cal Rx le permitirá recibir al menos un suministro para 72 horas. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Muestre su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Le podemos ayudar si vive en un hogar para personas mayores u otro centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la lista o no tiene acceso oportuno al medicamento que necesita. Si ha sido miembro del plan por más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro inmediato:

- Cubriremos un suministro por única vez de 31 días del medicamento que necesita (a menos que sea recetado por menos días), sin importar si es miembro nuevo de CalOptima Health OneCare Complete.
- Esto es en complemento al suministro temporal que pudiera recibir durante los primeros 90 días de ser miembro de CalOptima Health OneCare Complete.

Si es un miembro actual y se está cambiando de un entorno de atención a otro, esto es conocido como Cambio de nivel de atención. Algunos ejemplos son:

- ingresar a un centro de cuidado a largo plazo después de estar hospitalizado para el tratamiento de dolencias agudas;
- ser dado de alta del hospital para regresar a casa;
- finalizar la estadía en un centro de enfermería especializada cubierto por la Parte A con restitución de cobertura de la Parte D;
- renunciar a cuidados paliativos para restituir los beneficios normales de las Partes A y B;
- finalizar la estadía en un centro de cuidado a largo plazo para volver a la comunidad;
- ser dado de alta de un hospital psiquiátrico.

Si tiene un Cambio de nivel de atención, para cada uno de los medicamentos que no está en la *Lista de medicamentos* o si su habilidad de obtener los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal de 30 días cuando lo surta en una farmacia de la red. Después del primer suministro de 30 días, no pagaremos por estos medicamentos. En estas circunstancias, tiene dos opciones:

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



- Solicitar a Servicios para Miembros una *Lista de medicamentos* similares como al que desea tomar. Luego, muestre la lista a su médico u otro proveedor recetante. El médico puede recetar un medicamento de la *Lista de medicamentos* similar al que desea tomar. **O**
- Solicitar a CalOptima Health OneCare Complete que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte la pregunta B10 para obtener más información sobre las excepciones.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?

sí. Puede pedirle a CalOptima Health OneCare Complete que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la *Lista de medicamentos*.

También puede pedir que cambiemos las normas relacionadas a su medicamento.

- Por ejemplo, CalOptima Health OneCare Complete podría limitar la cantidad de un medicamento que cubre. Si su medicamento tiene un límite, nos puede pedir que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: nos puede pedir que eliminemos las restricciones de terapia por etapas o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Servicios para Miembros. Un representante de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor recetante para ayudarle a solicitar una excepción. También puede consultar la **Sección G2** del **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo se tarda para obtener una excepción?

Después de recibir una declaración del proveedor que le recetó el medicamento que apoye su solicitud de excepción, le daremos una decisión en un plazo de 72 horas. Para obtener más información sobre cómo presentar una declaración de apoyo, llame a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

Si usted o el proveedor recetante considera que su salud podría ser perjudicada al esperar 72 horas para una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Ésta es una decisión más rápida. Si el proveedor recetante apoya su solicitud, le daremos una decisión en un plazo de 24 horas de haber recibido la declaración de apoyo de su proveedor recetante.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734 (TTY 711)**, de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca y funcionan igual de bien, pero sus nombres son menos conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA. Hay medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los medicamentos de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, según las leyes estatales.

CalOptima Health OneCare Complete cubre tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo están relacionados con los biosimilares?

Cuando nos referimos a medicamentos, esto puede significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se llaman biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien que el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son intercambiables y, según las leyes estatales, pueden sustituir al producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituir a los medicamentos de marca.

Consulte el **Capítulo 5** de la *Guía para Miembros* para obtener más información sobre los tipos de medicamentos.

B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

OTC significa “de venta libre” u “over the counter”, en inglés. CalOptima Health OneCare Complete cubre algunos medicamentos OTC al ser recetados por su proveedor.

Puede consultar el **Capítulo 4** de la *Guía para miembros* de CalOptima Health OneCare Complete para saber cuáles medicamentos OTC están cubiertos.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



B16. ¿Cubre CalOptima Health OneCare Complete productos OTC que no son medicamentos?

CalOptima Health OneCare Complete cubre algunos productos de OTC que no son medicamentos al ser recetados por su proveedor.

Algunos ejemplos son los suministros que se usan para inyectarse insulina.

Puede consultar la *Lista de medicamentos* de CalOptima Health OneCare Complete para saber cuáles productos de OTC que no son medicamentos están cubiertos.

B17. ¿Cubre CalOptima Health OneCare Complete los suministros a largo plazo de medicamentos recetados?

- **Programas de pedidos por correo.** Ofrecemos un programa de envío por correo que le permite recibir un suministro de hasta 100 días de sus medicamentos entregados directamente en su hogar. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.
- **Programas de farmacias comerciales de 100 días.** Algunas farmacias comerciales también pueden ofrecer un suministro de hasta 100 días de medicamentos recetados cubiertos. Un suministro para 100 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

B18. ¿Ofrece mi farmacia local la entrega a domicilio de mis medicamentos recetados?

Es posible que su farmacia local pueda enviarle sus medicamentos recetados a su domicilio. Puede llamar a su farmacia para averiguar si ofrecen la entrega a domicilio.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



B19. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de CalOptima Health OneCare Complete tienen un copago de \$0 para los medicamentos recetados, de venta libre y productos que no son medicamentos, siempre y cuando sigan las normas del plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre los medicamentos OTC y productos que no son medicamentos.

Los niveles son los grupos de medicamentos en nuestra *Lista de medicamentos*.

CalOptima Health OneCare Complete usa una lista de medicamentos de un solo nivel (Nivel 1), que incluye medicamentos genéricos y de marca. El copago para los medicamentos de Nivel 1 es de \$0, siempre y cuando siga las normas del plan.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La *Lista de medicamentos* cubiertos proporciona información de los medicamentos cubiertos por CalOptima Health OneCare Complete. Si tiene problemas para localizar su medicamento en la lista, diríjase al Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la **Sección I-1**. El índice enumera por orden alfabético todos los medicamentos cubiertos por CalOptima Health OneCare Complete.

Otros medicamentos, como algunos medicamentos de venta libre (OTC) y ciertas vitaminas pueden estar cubiertos por Medi-Cal Rx. Visite el sitio web de Medi-Cal Rx (medi-calrx.dhcs.ca.gov) para obtener más información. También puede llamar al Centro de Servicio al Cliente de Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273. Lleve su tarjeta de identificación de beneficiario (BIC) de Medi-Cal a la farmacia cuando obtenga medicamentos recetados a través de Medi-Cal Rx.

Apelaciones bajo la Parte D

- Una apelación es una manera formal de pedirnos que revisemos una decisión que tomamos sobre su cobertura y que la cambiemos, si considera que cometimos un error.
- Por ejemplo, es posible que decidamos que un medicamento que desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medi-Cal.
- Si usted o su médico recetante no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Si en algún momento tiene preguntas, llame a Servicios para Miembros al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).
- También puede consultar el **Capítulo 9** de la *Guía para miembros* para saber cómo apelar una decisión.
- Los medicamentos que no están cubiertos por la Parte D siguen un proceso de apelación diferente.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



C1. Lista de medicamentos por enfermedad

Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías según el tipo de enfermedad para la que se utilizan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una enfermedad cardíaca (del corazón) aparecen bajo la categoría “Cardiovascular Agents”, por su título en inglés (agentes cardiovasculares). Ahí es donde encontrará los medicamentos que tratan enfermedades del corazón.

Código	Significado
PA	Se requiere que usted (o su médico) obtenga una autorización previa de CalOptima Health OneCare Complete antes de surtir este medicamento recetado. Si no obtiene la autorización previa, es posible que CalOptima Health OneCare Complete no cubra este medicamento.
PA BvD	Este medicamento podría ser elegible para ser pagado por la Parte B o la Parte D de Medicare. Se requiere que usted (o su médico) obtenga una autorización previa de CalOptima Health OneCare Complete para determinar si este medicamento es cubierto por la Parte D de Medicare antes de surtir este medicamento recetado. Si no obtiene la autorización previa, es posible que CalOptima Health OneCare Complete no cubra este medicamento.
PA NSO	Si es miembro nuevo o no ha tomado este medicamento en el pasado, se requiere que usted (o su médico) obtenga una autorización previa de CalOptima Health OneCare Complete antes de surtir este medicamento recetado. Si no obtiene la autorización previa, es posible que CalOptima Health OneCare Complete no cubra este medicamento.
QL	CalOptima Health OneCare Complete limita la cantidad de este medicamento que cubre por receta, o dentro de un plazo de tiempo específico.
ST	Se requiere que primero pruebe otro(s) medicamento(s) para tratar su enfermedad antes de que CalOptima Health OneCare Complete cubra este medicamento. Solamente se cubre este medicamento si el(los) otro(s) medicamento(s) no funciona(n) para usted.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



Código	Significado
LA	Es posible que este medicamento recetado solamente esté disponible en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte el Directorio de farmacias o llame a Servicios para Miembros al 1-877-412-2734 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).
NDS	Suministro para un período menor de tiempo. Este medicamento se surte para un suministro de hasta 31 días.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos aparecen en minúsculas y cursiva (por ejemplo, amoxicillin), los medicamentos de marca están en mayúscula (por ejemplo, ELIQUIS) y los medicamentos y productos que no son medicamentos de venta libre (OTC) aparecen en minúsculas (por ejemplo, insulin pen needle). La información presentada en la columna titulada “Medidas necesarias, restricciones o límites de uso” le informa si CalOptima Health OneCare Complete tiene cualquier norma para cubrir tal medicamento.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite www.caloptima.org/OneCare.



Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Analgesics		
Analgesics		
JOURNAVX 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 14 days), NDS
Analgesics Combinations		
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days), NDS
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<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), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Analgesics		
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs		
<i>celecoxib (100 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib (50 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>diclofenac 1.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>diclofenac 2% solution pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
<i>diclofenac epolamine 1.3% ptch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sod er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium (dr 25 mg tab, dr 50 mg tab, dr 75 mg tab, ec 25 mg tab, ec 50 mg tab, ec 75 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Analgesics		
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)	
<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), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Analgesics		
<i>levorphanol 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
<i>levorphanol 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>methadone hcl (5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS
<i>morphine sulfate er (er 10 mg cap, er 20 mg cap, er 30 mg cap, er 45 mg cap, er 50 mg cap, er 60 mg cap, er 75 mg cap, er 80 mg cap, er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>morphine sulfate er (er 100 mg cap, er 120 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>morphine sulfate er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO, NDS
<i>morphine sulfate er (er 15 mg tablet, er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), NDS
<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), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Analgesics		
<i>oxymorphone hcl er 7.5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<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)	NDS
<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)	NDS
<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)	NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Analgesics		
<i>oxymorphone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<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), NDS

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anesthetics		
Local Anesthetics		
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, buprenorphn-naloxn 2-0.5 mg sl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lofexidine 0.18 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml carpject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0 (Tier 1)	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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
Aminoglycosides		
<i>amikacin sulf 500 mg/2 ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (252 per 30 days), NDS
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
Antibacterials, Other		
<i>aztreonam 1 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>aztreonam 2 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
BLUJEPA 750 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin pediater 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml-d5w, 900 mg/50 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colistimethate 150 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dalbavancin hcl 500 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
<i>daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>fosfomycin 3 gm sachet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>linezolid 600 mg/300 ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>methenamine hipp 1 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<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 cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<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 (Tier 1)	PA, QL (6 per 30 days), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
SOLOSEC 2 GM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tigecycline 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<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)	
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (160 per 30 days)
XIFAXAN 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
XIFAXAN 550 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
Beta-lactam, Cephalosporins		
AVYCAZ 2.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
<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)	
<i>cefixime (100 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefixime 200 mg/5 ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
<i>cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg vial, 600 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<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)	
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
ZERBAXA 1.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
ZEVERTA 667 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
<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 (Tier 1)	
BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS)	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN L-A 2,400,000 UNITS	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm bulk vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxacillin 10 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
<i>oxacillin 2 gm/ 50 ml inj</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g na 5 million unit</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g potassium (5 million, 20 million)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose (pen g 2 million unit/50 ml, pen g 3 million unit/50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>piperacillin-tazobactam (piperacil-tazo 2.25 gm add vl, piperacil-tazo 3.375 gm add vl, piperacil-tazo 4.5 gm add vial, piperacil-tazobact 2.25 gm vl, piperacil-tazobact 3.375 gm vl, piperacil-tazobact 4.5 gm vial, piperacil-tazobact 13.5 gm vl, piperacil-tazobact 40.5 gram, piperacillin-tazo 2.25 g dplx, piperacillin-tazo 3.375 g dplx, piperacillin-tazo 4.5 g duplex)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
Carbapenems		
<i>ertapenem 1 gram vial</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>imipenem-cilastatin 250 mg vl</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>imipenem-cilastatin 500 mg vl</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
ORLYNVAH 500-500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 5 days)
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
Macrolides		
<i>azithromycin (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 250 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 500 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
<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)	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	QL (136 per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate (200 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fidaxomicin 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 10 days), NDS
Quinolones		
BAXDELA 300 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 14 days)
BAXDELA 450 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 14 days), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
<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)	
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Sulfonamides		
<i>sodium sulfacetamide 10% lot</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfadiazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antibacterials		
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
Tetracyclines		
<i>demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOXY 100 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (hyc 100 mg vial, hyclate 100 mg cap, hyclate 100 mg tab, hyclate 100 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
<i>brivaracetam (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>brivaracetam 10 mg/ml oral sol</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days), PA NSO
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<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 (Tier 1)	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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anticonvulsants		
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days), PA NSO
<i>lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kit-blue</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-green</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-orang</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam (100 mg/ml soln, 250 mg tab susp, 250 mg tablet, 500 mg tab susp, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anticonvulsants		
<i>perampanel 0.5 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (680 per 28 days)
<i>perampanel 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>perampanel 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SUBVENITE (25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SUBVENITE TAB START KIT (BLUE)	\$0 (Tier 1)	
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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anticonvulsants		
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>valproic acid (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml cup, 500 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Modifying Agents		
<i>ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methsuximide 300 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Gamma-Aminobutyric Acid (GABA) Modulating Agents		
<i>clobazam (2.5 mg/ml suspension, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anticonvulsants		
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 1 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam (2.5 mg rectal gel, 2.5 mg rectal gel sys, 2.5mg rectal gel(2pk), 10 mg rectal gel, 10 mg rectal gel syrg, 10 mg rectal gel syst, 10mg rectal gel (2pk), 20 mg rectal gel, 20 mg rectal gel syrg, 20 mg rectal gel syst, 20mg rectal gel (2pk))</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anticonvulsants		
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anticonvulsants		
<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 (Tier 1)	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 (Tier 1)	PA NSO
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	QL (1100 per 30 days), PA NSO
Sodium Channel Agents		
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml cup, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tab chew, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anticonvulsants		
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN (30 MG CAPSULE, 50 MG INFATAB, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN 125 MG/5 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	QL (28 per 28 days), PA NSO
XCOPRI (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (250 MG DAILY PACK, 350 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anticonvulsants		
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antidementia Agents		
Antidementia Agents, Other		
LEQEMBI IQLIK (360 MG/1.8 ML, 500 MG DOSE-2 AI)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl er (er 14-10mg, er 21-10mg, er 28-10mg)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
Cholinesterase Inhibitors		
<i>donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine 4 mg/ml oral soln</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antidementia Agents		
<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)
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
<i>memantine hcl (2 mg/ml solution, 10 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
<i>memantine hcl (5 mg tablet, 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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antidementia Agents		
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antidepressants		
Antidepressants, Other		
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	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, 450 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
EXXUA (ER 18.2 MG TABLET, ER 36.3 MG TABLET, ER 54.5 MG TABLET, ER 72.6 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antidepressants		
EXXUA ER 18.2 MG TAB (TITRATN)	\$0 (Tier 1)	QL (32 per 14 days), PA NSO
<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 (Tier 1)	QL (28 per 180 days), PA NSO
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (14 per 180 days), PA NSO
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antidepressants		
MARPLAN 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antidepressants		
<i>duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	\$0 (Tier 1)	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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antidepressants		
<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 (Tier 1)	PA NSO
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antidepressants		
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antidepressants		
<i>vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
Tricyclics		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antidepressants		
<i>imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>nortriptyline hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg cap, 20 mg/10 ml soln, hcl 25 mg cap, hcl 50 mg cap, hcl 75 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>trimipramine maleate 100 mg cp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (9.8 per 28 days)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 25 mg tablet chew, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antiemetics		
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEREUS 85 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8 per 30 days)
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROMETHEGAN (25 MG, 50 MG)	\$0 (Tier 1)	
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>trimethobenzamide 300 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
Emetogenic Therapy Adjuncts		
<i>aprepitant (80 mg capsule, 125 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antiemetics		
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ondansetron hcl (4 mg tablet, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antifungals		
Antifungals		
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antifungals		
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>clotrimazole (1% solution, 1% solution spray, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	
CRESEMBA 186 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
CRESEMBA 74.5 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<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</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>flucytosine 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antifungals		
<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)	
<i>miconazole (50 mg vial, 100 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antifungals		
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, NDS
<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 (50 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>voriconazole 200 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>voriconazole 40 mg/ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antigout Agents		
Antigout Agents		
<i>allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antigout Agents		
<i>colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>febuxostat (40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>probenecid-colchicine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antimigraine Agents		
Antimigraine Agents		
ELYXYB 120 MG/4.8 ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28.8 per 6 days)
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists		
AIMOVIG AUTOINJECTOR (70 MG/ML, 140 MG/ML)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1 per 28 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antimigraine Agents		
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225MG/1.5ML AUTOINJ (X3)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.5 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days), NDS
NURTEC ODT 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (18 per 30 days), NDS
UBRELVY (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (16 per 30 days), NDS
ZAVZPRET 10 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8 per 30 days), NDS
Ergot Alkaloids		
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i>	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antimigraine Agents		
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days), NDS
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists		
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)
<i>sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate (6 mg/0.5 ml vial, 6 mg/0.5ml autoinj)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
<i>zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	PA, QL (20 per 28 days)

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
Antituberculars		
<i>ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antimycobacterials		
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pretomanid 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PRIFTIN 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<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 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
SIRTURO 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
LEUKERAN 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>lomustine (10 mg capsule, 40 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
MATULANE 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ABIRTEGA 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERLEADA 60 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
EULEXIN 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
NUBEQA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
YONSA 125 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	LA, PA NSO
POMALYST (1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
THALOMID 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
THALOMID 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
Antiestrogens/Modifiers		
INLURIYO 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ORSERDU 345 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ORSERDU 86 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
SOLTAMOX (10 MG/5 ML SOLN, 20 MG/10 ML SOLN)	\$0 (Tier 1)	
<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 (Tier 1)	PA NSO
TABLOID 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
Antineoplastics		
AVMAPKI-FAKZYNJA CO-PACK	\$0 (Tier 1)	QL (66 per 28 days), PA NSO
LIFYORLI (125 MG PACK, 150 MG PACK)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZENBEXUS (0.75 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
Antineoplastics, Other		
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 28 days), PA NSO
IWILFIN 192 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
LONSURF (15 MG-6.14 MG TABLET, 20 MG-8.19 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LYSODREN 500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
OGSIVEO (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ORGOVYX 120 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 28 days), PA NSO
REVUFORJ 110 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 160 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TEPMETKO 225 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ALECENSA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG 30 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
AYVAKIT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 3 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
BALVERSA 4 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (50 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>bosutinib 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BRUKINSA 160 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
CALQUENCE 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPRELSA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
CAPRELSA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG PACK, 100 MG PK, 140 MG PK)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
COPIKTRA (15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
COTELLIC 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (63 per 21 days), PA NSO
DANZITEN (71 MG TABLET, 95 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib (50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
ENSACOVE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 21 days), PA NSO
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
GAVRETO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (126 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (168 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
HERNEXEOS 60 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
HYRNUO 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IBRANCE (75 MG TABLET, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
IBTROZI 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	QL (216 per 30 days), PA NSO
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days), PA NSO
INLYTA 1 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
INLYTA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
INREBIC 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
ITOVEBI 3 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
ITOVEBI 9 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JAKAFI (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAKAFI XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET, 33 MG TABLET, 44 MG TABLET, 55 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JIDEYTRO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JIDEYTRO 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (21 per 28 days), PA NSO
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 28 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (63 per 28 days), PA NSO
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 5 MG SPRINKLE CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (420 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 7.5 MG SPRINKLE CAP	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days), PA NSO
KRAZATI 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LAZCLUZE 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LAZCLUZE 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
LENVIMA (4 MG CAPSULE, 8 MG DAILY DOSE, 10 MG DAILY DOSE, 20 MG DAILY DOSE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LORBRENA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LORBRENA 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 120 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 320 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LYNPARZA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	\$0 (Tier 1)	QL (112 per 28 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	\$0 (Tier 1)	QL (140 per 28 days), PA NSO
MEKINIST (0.05 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
MEKTOVI 15 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
MODEYSO 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 28 days), PA NSO
NERLYNX 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>nilotinib d-tartrate (50 mg cap, 150 mg cp, 200 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>nilotinib hcl (50 mg capsule, 150 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (3 per 28 days), PA NSO
ODOMZO 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
OJEMDA (100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE))	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (96 per 28 days), PA NSO
OJJAARA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	QL (14 per 21 days), PA NSO
PHYRAGO (50 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
PHYRAGO 70 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 28 days), PA NSO
QINLOCK 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ROMVIMZA (14 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days), PA NSO
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 1)	QL (360 per 30 days), PA NSO
RUBRACA (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
RYDAPT 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	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

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAGRISSO (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	QL (64 per 28 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
TUKYSA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days), PA NSO
TURALIO 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VANFLYTA (17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 14 days), PA NSO
VENCLEXTA 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 28 days), PA NSO
VERZENIO (50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
VONJO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VORANIGO 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XALKORI 150 MG PELLET	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days), PA NSO
XALKORI 20 MG PELLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
XALKORI 50 MG PELLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
XOSPATA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 1)	QL (32 per 28 days), PA NSO
ZEJULA (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ZELBORAF 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ZYKADIA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Retinoids		
<i>bexarotene 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antineoplastics		
<i>bexarotene 75 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	\$0 (Tier 1)	
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	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)	
Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antiparasitics		
Anthelminthics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antiparasitics		
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiprotozoals		
<i>atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25, 250-100)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>benznidazole (12.5 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 3 days)
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
KRINTAFEL 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	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, NDS
<i>pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antiparasitics		
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antiparkinson Agents		
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
NOURIANZ (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ONAPGO 98 MG/20 ML CARTRIDGE	\$0 (Tier 1)	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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antiparkinson Agents		
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa (carbidopa-levodopa 10-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 tab, er 50-200 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
Monoamine Oxidase B (MAO-B) Inhibitors		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antipsychotics		
<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)	
2nd Generation/Atypical		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	\$0 (Tier 1)	QL (2.4 per 56 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antipsychotics		
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	\$0 (Tier 1)	QL (3.2 per 56 days)
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	\$0 (Tier 1)	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	QL (3.2 per 14 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antipsychotics		
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (0.75 per 28 days)
ERZOFRI 156 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (1.5 per 28 days)
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (2.25 per 28 days)
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	QL (0.25 per 28 days)
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antipsychotics		
FANAPT (PACK, PACK A, PACK B, PACK C)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	\$0 (Tier 1)	QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	\$0 (Tier 1)	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.25 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	\$0 (Tier 1)	QL (1.32 per 70 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antipsychotics		
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	\$0 (Tier 1)	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	\$0 (Tier 1)	QL (2.63 per 70 days)
<i>lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10-10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antipsychotics		
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OPIPZA 10 MG FILM	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days), PA NSO
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antipsychotics		
<i>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VRAYLAR (0.5 MG CAPSULE, 0.75 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antipsychotics		
Antipsychotics		
COBENFY (100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
COBENFY 50 MG-20 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO, NDS
COBENFY STARTER PACK	\$0 (Tier 1)	QL (56 per 28 days), PA NSO, NDS
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 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TABLET, 50-200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
DOVATO 50-300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
GENVOYA TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antivirals		
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET CHEW)	\$0 (Tier 1)	
ISENTRESS 400 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
JULUCA 50-25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
STRIBILD TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TIVICAY 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
EDURANT PED 2.5MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 1)	
<i>efavir-emtri-tenof 600-200-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antivirals		
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop (400-300-300, 600-300-300)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricit-rilp-tenof 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)
IDVYNZO 100 MG-0.25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
INTELENCE 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>rilpivirine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>rilpivirine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antivirals		
<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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
DESCOVY (120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	
<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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antivirals		
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-HIV Agents, Other		
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SUNLENCA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 2 days)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 8 days)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antivirals		
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lopinavir-ritonavir (100-25mg tb, 200-50mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
PREZCOBIX (675 MG-150 MG TABLET, 800 MG-150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (336 per 28 days), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antivirals		
PREVYMIS 240 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
PREVYMIS 480 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
<i>valganciclovir 450 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-hepatitis B (HBV) Agents		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>tenofovir disop fum 300 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VIREAD POWDER	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antivirals		
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
MAVYRET 100-40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (140 per 28 days)
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
Anti-influenza Agents		
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
<i>oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antivirals		
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
Antiherpetic Agents		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp cup, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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), NDS
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiviral, Coronavirus Agents		
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	\$0 (Tier 1)	QL (20 per 5 days), NDS
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 5 days), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Antivirals		
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	\$0 (Tier 1)	QL (11 per 5 days)
XOCOVA 125 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 5 days)

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, 50 mg/25 ml cup, hcl 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anxiolytics		
<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), NDS
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days), NDS
<i>chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), NDS
<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), NDS
<i>lorazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Anxiolytics		
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days), NDS

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Glucose Regulators		
Antidiabetic Agents		
<i>acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>alogliptin (6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>alogliptin-metformin (12.5-1000, 12.5-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>colesevelam hcl 3.75 g packet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dapagliflozin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dapagliflozin-metformin er (er 5-500, er 10-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Glucose Regulators		
<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)
<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 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Glucose Regulators		
INVOKAMET XR (50-1,000 MG TAB, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TAB, 150-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
INVOKANA (100 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Glucose Regulators		
<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 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>sitagliip phos-metf er 50-1,000</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin (phos-metf 50-1,000, phos-metfor 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin phos-metformin er (er 50-500, er 100-1000)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Glucose Regulators		
<i>sitagliptin phosphate (phos 100 mg tablet, phosphate 25 mg tb, phosphate 50 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sitagliptin-metfor er 50-1,000</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin-metformin (50-1000, 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sitagliptin-metformin er (sitagliptin-metfo er 100-1,000, sitagliptin-metform er 50-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TRADJENTA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Glucose Regulators		
WEGOVY (1.5 MG TABLET, 4 MG TABLET, 9 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR (2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR 10 MG-1,000 MG TAB	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Glycemic Agents		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days), NDS
<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 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.4 per 28 days), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Glucose Regulators		
GVOKE HYPOPEN 2-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
GVOKE HYPOPEN 2PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 1)	QL (0.4 per 28 days), NDS
GVOKE PFS 1-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
GVOKE PFS 2-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0 (Tier 1)	QL (0.8 per 28 days), NDS
VYKAT XR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
VYKAT XR 25 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
VYKAT XR 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (210 per 30 days)
Insulins		
FIASP 100 UNIT/ML FLEXTOUCH	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
FIASP 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
FIASP PENFILL 100 UNIT/ML CART	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG (100 CARTRIDGE, 100 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Glucose Regulators		
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine max solo u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Glucose Regulators		
<i>insulin glargine solostar u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 v1)</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 v1</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)
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 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (70-30, RELION 70-30)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN (N 100 UNIT/ML, RELION N U-100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Glucose Regulators		
NOVOLIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN (R 100 UNIT/ML, RELION R U-100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG (100 VIAL, RELION 100 VL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN (100 UNIT/ML, RELION U-100)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN (70-30 FLEXPEN, RELION 70-30 FLXPN)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0 (Tier 1)	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<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)
<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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Products and Modifiers		
FRAGMIN (12,500 UNIT/0.5 ML SYR, 12,500 UNITS/0.5 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (15 per 30 days)
FRAGMIN (15,000 UNIT/0.6 ML SYR, 15,000 UNITS/0.6 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 30 days)
FRAGMIN (18,000 UNIT/0.72 ML, 18,000 UNITS/0.72 ML)	\$0 (Tier 1)	QL (22 per 30 days)
FRAGMIN (2,500 UNIT/0.2 ML SYR, 2,500 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
FRAGMIN (25,000 UNITS/ML VIAL, 95,000 UNIT/3.8 ML VL)	\$0 (Tier 1)	QL (22.8 per 30 days)
FRAGMIN (5,000 UNIT/0.2 ML SYR, 5,000 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
FRAGMIN (7,500 UNIT/0.3 ML SYR, 7,500 UNITS/0.3 ML SYR)	\$0 (Tier 1)	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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Products and Modifiers		
<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>rivaroxaban 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<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 (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
XARELTO 15 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 21 days)
XARELTO DVT-PE TREAT START 30D	\$0 (Tier 1)	QL (51 per 30 days)
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Products and Modifiers		
AQVESME 100 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<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)
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 (Tier 1)	PA
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Products and Modifiers		
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (2,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (3,000 VIAL, 20,000 VIAL, 40,000 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
RELEUKO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
RETACRIT (10,000 VIAL, 20,000 VIAL, 40,000 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Products and Modifiers		
ROLVEDON 13.2 MG/0.6 ML SYRING	\$0 (Tier 1)	PA
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	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)
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clopidogrel 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 1 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Blood Products and Modifiers		
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOPTelet ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (15 per 5 days)
DOPTelet (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ticagrelor (60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>droxidopa (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 14 days)
<i>guanfacine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>midodrine hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Alpha-adrenergic Blocking Agents		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors		
<i>benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>benazepril hcl 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lisinopril (30 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SOTALOL AF (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
Beta-adrenergic Blocking Agents		
<i>acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succ er 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<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)
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARDAMYST 70 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (4 per 28 days)
CARTIA XT (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILT-XR (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 12hr er (12hr er 120 mg cap, 12hr er 60 mg cap, 12hr er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (24hr er 120 mg cap, 24hr er 180 mg cap, 24hr er 240 mg cap, 24hr er 300 mg cap, 24hr er 360 mg cap, 24hr er 420 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<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)	
TIADYL ER (ER 120 MG CAPSULE, ER 180 MG CAPSULE, ER 240 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE, ER 360 MG CAPSULE, ER 420 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>verapamil er (er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<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)
<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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<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)	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
CAMZYOS (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>digoxin 62.5 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ENTRESTO SPRINKLE (6-6MG PELLET, 15-16 MG PLT)	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ivabradine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metyrosine 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
MYQORZO (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan (49-51 mg, 97-103 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>sacubitril-valsartan 24-26 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<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 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VOYXACT 400 MG/2 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (0.25 MG/0.5 ML PEN, 0.5 MG/0.5 ML PEN, 1 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (1.7 MG/0.75 ML PEN, 2.4 MG/0.75 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
Diuretics, Loop		
<i>bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>torsemide (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)	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>gemfibrozil 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (45 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<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)	
<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)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
REDEMPLO 25 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.5 per 90 days)
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 1)	PA
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
TRYNGOLZA (50 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML)	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Cardiovascular Agents		
<i>minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononit er 60 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 120 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days), NDS
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Central Nervous System Agents		
Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Agents		
RADICAVA ORS (105 MG/5 ML SUSP, STARTER KIT SUSP)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (70 per 14 days)
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Central Nervous System Agents		
<i>dextroamphetamine-amphetamine (dextroamp-amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp-amphetamin 20 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Non-amphetamines		
<i>atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Central Nervous System Agents		
<i>methylphenidate 10 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate 5 mg/5 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1800 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 18 mg tab, er 27 mg tab, er 54 mg tab, er 72 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er (la) (er(la) 10mg cp, er(la) 20mg cp, er(la) 30mg cp, er(la) 40mg cp, er(la) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Central Nervous System Agents		
<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 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
AUSTEDO 9 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR (18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITR(12-18-24-30MG)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
<i>dextromethorphan-quinidn 20-10</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Central Nervous System Agents		
INGREZZA (40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA SPRINKLE (40 MG CAP, 60 MG CAP, 80 MG CAP)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 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 (Tier 1)	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 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Fibromyalgia Agents		
<i>milnacipran hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Central Nervous System Agents		
AVONEX 30 MCG/0.5 ML SYR (4PK)	\$0 (Tier 1)	PA
AVONEX PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	\$0 (Tier 1)	PA
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML (4PK)	\$0 (Tier 1)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i> fingolimod 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	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
PONVORY (14-DAY STARTER PACK, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Central Nervous System Agents		
TASCENSO ODT (ODT 0.25 MG TABLET, ODT 0.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide (7 mg tablet, 14 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Dental and Oral Agents		
<i>pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	\$0 (Tier 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, NDS
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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Dermatological Agents		
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clind ph-benzoyl perox 1.2-5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin-benzoyl gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
NEUAC GEL	\$0 (Tier 1)	
<i>tazarotene (0.05% cream, 0.1% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
<i>tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream, 0.05% gel, 0.1% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ZENATANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Dermatitis and Pruritus Agents		
ALA-CORT 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Dermatological Agents		
<i>amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>betamethasone diprop augmented (dp 0.05% crm, dp 0.05% gel, dp 0.05% lot, dp 0.05% oin)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone dipropionate (dp 0.05% crm, dp 0.05% lot, dp 0.05% oint, dp aug 0.05% crm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Dermatological Agents		
<i>desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% cream, 0.25% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxepin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% scalp oil, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinonide-e 0.05% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream, 0.05% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Dermatological Agents		
<i>hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint, 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimecrolimus 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Dermatological Agents		
TRIDERM 0.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
Dermatological Agents, Other		
<i>calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clotrimazole-betamethasone (crm, lot)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac sodium 3% gel</i>	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
EUCRISA 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
FILSUEZ 10% GEL	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluorouracil (2% soln, 5% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>fluorouracil 0.5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>fluorouracil 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	NDS
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Dermatological Agents		
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (55 per 28 days)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
OTEZLA XR 75 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
OTEZLA XR INITIATION PK 28 DAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (41 per 28 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	
QBREXZA 2.4% CLOTH	\$0 (Tier 1)	PA
SANTYL OINTMENT	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), NDS
SILVADENE 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SPEVIGO 300 MG/2 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZORYVE (0.05% CREAM, 0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>mupirocin 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)	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
ZELSUVMI 10.3% GEL	\$0 (Tier 1)	PA

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacements		
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	
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 ph7.4</i>	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>potassium chloride (cl10%(20meq/15ml)cup, cl10%(40meq/30ml)cup, cl20%(40meq/15ml)cup, cl 2 meq/ml conc, cl 10 meq/100 ml sol, cl 10 meq/5 ml conc, cl 10% (20 meq/15ml), cl 10% (40 meq/30ml), cl 20 meq/10 ml conc, cl 20 meq/100 ml sol, cl 20% (40 meq/15ml), cl 30 meq/15 ml conc, cl 40 meq/20 ml conc, cl 60 meq/30 ml conc, cl er 8 meq capsule, cl er 8 meq tablet, cl er 10 meq capsule, cl er 10 meq tablet, cl er 15 meq tablet, cl er 20 meq tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	
<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 (Tier 1)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	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

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
ALTRIXA OB PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
AZENTRA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
CLINIMIX (4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA
CLINIMIX E (2.75%-5% SOLUTION, 4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA
CLINISOL 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
CLINOLIPID (20% (100 GM/500 ML), 20% (20 GM/100 ML), 20% (200 GM/1000ML), 20% (50 GM/250 ML))	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>dextrose 10%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 10%-0.45% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl iv</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	
EMBRIVA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
FOLATEXCEL PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
GESTYRA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0 (Tier 1)	PA
ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN	\$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, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)</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)	
MATERNACEL PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
MATERVIA PRENATAL CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
MATRONEX PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
NATAL PNV TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEO-VITAL RX TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEOMATERNA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0 (Tier 1)	PA
ONE NATAL RX PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
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 (Tier 1)	
PRENOVA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
PROSOL 20% INJECTION	\$0 (Tier 1)	PA
TPN ELECTROLYTES VIAL	\$0 (Tier 1)	
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	\$0 (Tier 1)	PA
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
VITALARA PRENATAL TABLET	\$0 (Tier 1)	
WESNATAL DHA COMPLETE	\$0 (Tier 1)	
Phosphate Binders		
<i>calcium acetate (667 mg capsule, 667 mg gelcap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer carbonate (0.8 gm powder packet, 2.4 gm powder packet, carbonate 800 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sevelamer hcl (400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Potassium Binders		
KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (34 per 30 days)
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulfonate (sodium polystyrene sulf powder, sps 15 gm/60 ml suspension, sps 30 gm/120 ml enema, sps 50 gm/200 ml enema)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	\$0 (Tier 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Gastrointestinal Agents		
<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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
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 (Tier 1)	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days), NDS
SUTAB 1.479-0.225-0.188 GM TAB	\$0 (Tier 1)	
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Gastrointestinal Agents		
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 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days), NDS
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
XERMELO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	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		
<i>bismuth-metro-tetr 140-125-125</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 10 days), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Gastrointestinal Agents		
GATTEX 5 MG INJECTION	\$0 (Tier 1)	PA
GAVILYTE-C SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-G SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-N SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GOLYTELY SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<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)	
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol</i>	\$0 (Tier 1)	
TALICIA DR 10-250-12.5 MG CAP	\$0 (Tier 1)	PA, QL (168 per 14 days), NDS
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VELSIPITY 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
VOQUEZNA DUAL PAK	\$0 (Tier 1)	PA, QL (112 per 14 days)
VOQUEZNA TRIPLE PAK	\$0 (Tier 1)	PA, QL (112 per 14 days), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Gastrointestinal Agents		
VOWST CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 3 days), NDS
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Protectants		
<i>misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Gastrointestinal Agents		
<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)

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
AQNEURSA 1 GRAM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>betaine 1 gram/scoop powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
CREON (DR 3,000 CAPSULE, DR 6,000 CAPSULE, DR 12,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE, DR 36,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
CTEXLI 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
DAYBUE STIX (5,000 MG PACKET, 6,000 MG PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
DAYBUE STIX 8,000 MG PACKET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dichlorphenamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	PA, QL (420 per 30 days)
FORZINITY 280 MG/3.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (14 per 28 days)
<i>glycerol phenylbut 1.1 gram/ml</i>	\$0 (Tier 1)	PA
HARLIKU 2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
JAVYGTOR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
JOENJA 70 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
KYGEVVI 4 GM (2GM-2GM) POWD PK	\$0 (Tier 1)	PA
<i>l-glutamine 5 gram powder pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
LOARGYS 2 MG/0.4 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
<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 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
ORMALVI 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
PERTZYE (DR 4,000 CAPSULE, DR 8,000 CAPSULE, DR 16,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
PLENAMINE 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
PROLASTIN C (1,000 MG VIAL, 1,000 MG/20 ML VL)	\$0 (Tier 1)	PA
PYRUKYND (20-5 MG PACK, 50-20 MG PACK)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (14 per 14 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
PYRUKYND 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (7 per 7 days)
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	\$0 (Tier 1)	PA, QL (7 per 7 days)
PYRUKYND 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
RIVFLOZA 128 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.8 per 28 days)
RIVFLOZA 160 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1 per 28 days)
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	
<i>sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 20,880-78,300 UNITS TB)	\$0 (Tier 1)	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
WAINUA 45 MG/0.8 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA
WELIREG 40 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XROMI 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
YARGESA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>mirabegron er (er 25 mg tablet, er 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>mirabegron er 8 mg/ml susp</i>	\$0 (Tier 1)	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)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Genitourinary Agents		
<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 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
LITHOSTAT 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Genitourinary Agents		
<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

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
CORTROPHIN (GEL 40 UNIT/0.5 ML, GEL 80 UNIT/ML SYR)	\$0 (Tier 1)	PA
CORTROPHIN GEL 400 UNIT/5 ML	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 28 days), NDS
<i>deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
<i>dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml cup, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fludrocortisone 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
JAYTHARI (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA
KYMBEE (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 22.75 MG/ML ORAL SUSP, 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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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, 15mg/5ml soln cup, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
PYQUVI 22.75 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 1)	PA

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
CRENESSITY (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desmopressin acetate (0.01% solution, acetate 0.1 mg tb, acetate 0.2 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA WR (11.6 MG VIAL, 11.6MG FOUR-VL KIT)	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	PA
HUMATROPE (6 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE, 24 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 1)	PA
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
NORDITROPIN FLEXPOR (5 MG/1.5, 10 MG/1.5, 15 MG/1.5)	\$0 (Tier 1)	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	PA
SOGROYA (5 MG/1.5 ML PEN, 10 MG/1.5 ML PEN, 15 MG/1.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
ZOMACTON 5 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>testosterone enanthate (testosteron 1,000 mg/5 ml, testosterone 200 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Estrogens		
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
<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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	
FEMRING (0.05 VAG RING, 0.10 VAG RING)	\$0 (Tier 1)	
IMVEXXY (4 MCG MAINTENANCE PACK, 4 MCG STARTER PACK, 10 MCG MAINTENANCE PAK, 10 MCG STARTER PACK)	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	
PREMARIN VAGINAL CREAM-APPL	\$0 (Tier 1)	
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 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	
BALZIVA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BEYAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BLISOVI 24 FE TABLET	\$0 (Tier 1)	
BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BRIELLYN 0.4 MG-0.035 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
CAMRESE LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
CLIMARA PRO PATCH	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
COMBIPATCH (0.05-0.14 MG, 0.05-0.25 MG)	\$0 (Tier 1)	
CRYSELLE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	\$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)	
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)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)	
HAILEY FE 1-20 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INTRAROSA 6.5 MG VAG INSERT	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	
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)	
LESSINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LEVONEST-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorg-ee-fe bis 0.1-0.02-36</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)	
LILETTA 52 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
LOESTRIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOESTRIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOJAIMIESS 0.1-0.02-0.01 TAB	\$0 (Tier 1)	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LUIZZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
MARLISSA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MINZOYA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIRENA 52 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
NATAZIA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
NECON 0.5-35-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXTSTELLIS 3-14.2 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norelgestrom-ee 150-35 mcg/day</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 (1-0.02(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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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 (Tier 1)	
NYLIA (1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
PIMTREA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
PORTIA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
PREMPHASE 0.625-5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
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 (Tier 1)	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
RIVELSA TABLET	\$0 (Tier 1)	
ROSYRAH TABLET	\$0 (Tier 1)	
SAFYRAL TABLET	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
SETLAKIN 0.15 MG-0.03 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
SKYLA 13.5 MG SYSTEM	\$0 (Tier 1)	
SLYND 4 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
SPRINTEC 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
SYEDA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 EQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TILIA FE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-MILI 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
TRI-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
TURQOZ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TWIRLA 120-30 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
TYBLUME 0.1-0.02 MG CHEW TAB	\$0 (Tier 1)	
TYDEMY 3-0.03-0.451 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VALTYA (1 MG-35 MCG TABLET, 1 MG-50 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
VELIVET 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIENVA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIORELE 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)	
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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
CRINONE (4% GEL, 8% GEL)	\$0 (Tier 1)	PA
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
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)	
<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

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
MELEYA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0 (Tier 1)	
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)	
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
Selective Estrogen Receptor Modifying Agents		
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
LIOMNY (5 MCG TABLET, 25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
REZDIFFRA (60 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	
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 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE KIT	\$0 (Tier 1)	PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
ELIGARD 45 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
FIRMAGON (2 X 120 MG KIT, 2 X 120 MG VIALS, 80 MG KIT, 80 MG VIAL, 120 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	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 v)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (3.75 MG KIT, 7.5 MG 1 MONTH KT, 11.25 MG 3MO KIT, 22.5 MG 3MO KIT, 30 MG 4 MONTH KIT, 45 MG 6 MONTH KIT)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vial, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vial, acet 200 mcg/ml vial, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vial, 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 (Tier 1)	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
SOMAVERT (10 MG VIAL, 15 MG VIAL, 20 MG VIAL, 25 MG VIAL, 30 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
TRELSTAR (3.75 MG VIAL, 22.5 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TRELSTAR 11.25 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA NSO, NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
Angioedema Agents		
CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 1)	PA
DAWNZERA 80 MG/0.8 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
Immunoglobulins		
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
GAMMAGARD LIQUID ERC (LIQUID 5 G/50 ML, LIQUID 10G/100ML)	\$0 (Tier 1)	PA
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
Immunological Agents		
ENTYVIO 108 MG/0.68 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.36 per 28 days)
GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SL TABLET	\$0 (Tier 1)	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TARPEYO DR 4 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
VOYDEYA (100 MG TABLET, 150 MG DOSE TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	\$0 (Tier 1)	PA
ANDEMBRY 200 MG/1.2 ML AUTOINJ	\$0 (Tier 1)	PA
ARCALYST 220 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	\$0 (Tier 1)	PA
COSENTYX SNRDY 300MG DOSE-2PEN	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
COSENTYX SYRINGE (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	\$0 (Tier 1)	PA
DUPIXENT PEN (200 MG/1.14 ML PEN, 300 MG/2 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA
DUPIXENT SYRINGE (200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
EMPAVELI 1,080 MG/20 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (160 per 28 days)
ICOTYDE 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
IMULDOSA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
KEVZARA (150 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
LEQSELVI 8 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
LITFULO 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH (200 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG DOSE - 2 SYRINGES)	\$0 (Tier 1)	PA
OMVOH PEN (200 MG/2 ML PEN, 300 MG DOSE - 2 PENS)	\$0 (Tier 1)	PA
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	\$0 (Tier 1)	PA
OTULFI (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1260 per 28 days)
SAPHNELO 120 MG/0.8 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SAPHNELO 120 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
SILIQ 210 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
SKYRIZI (55 MG/0.37 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	\$0 (Tier 1)	PA
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	\$0 (Tier 1)	PA
SOTYKTU 6 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
SPEVIGO 150 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
STEQEYMA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR	\$0 (Tier 1)	PA
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
TALTZ SYRINGE (20 MG/0.25 ML SYRINGE, 40 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tofacitinib 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>tofacitinib citrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>tofacitinib citrate er (er 11 mg tablet, er 22 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA 100 MG/ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
TREMFYA INDCT 200MG/2ML X2 PEN	\$0 (Tier 1)	PA
XOLAIR (75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
YESINTEK (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SYRN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 28 days)
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SYRING	\$0 (Tier 1)	PA, QL (17 per 28 days)
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	PA, QL (23 per 28 days)
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/0.5 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LEUKINE 250 MCG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA, NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
Immunosuppressants		
<i>adalimumab-aaty(cf)</i> (<i>adalimumab-aaty(cf)</i> 20mg/0.2ml, <i>adalimumab-aaty(cf)</i> 40mg/0.4ml)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-aaty(cf) autoinject</i> (<i>adalimumab-aaty(cf)</i> 40mg/0.4ml, <i>adalimumab-aaty(cf)</i> 80mg/0.8ml)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-aaty(cf) crohn</i> 80mg	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-fkjp(cf)</i> (<i>adalimumab-fkjp(cf)</i> 20 mg, <i>adalimumab-fkjp(cf)</i> 40 mg)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>adalimumab-fkjp(cf) pen</i> 40 mg	\$0 (Tier 1)	PA
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>azathioprine</i> (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 1)	PA
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	PA
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	\$0 (Tier 1)	PA
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 1)	PA
ENVARUSUS XR (0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
HADLIMA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8 ML	\$0 (Tier 1)	PA
HADLIMA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	PA
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 40MG/0.4	\$0 (Tier 1)	PA
HYFTOR 0.2% GEL	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
<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
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	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
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SIMPONI (100 MG/ML PEN INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
SIMPONI (50 MG/0.5 ML PEN INJEC, 50 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	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
<i>tacrolimus xl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
TYENNE 162 MG/0.9 ML AUTOINJCT	\$0 (Tier 1)	PA
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
YULITHIRA (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
ZYMFENTRA 120 MG/ML PEN KIT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
ZYMFENTRA 120 MG/ML SYRINGE KT	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
Vaccines		
ABRYSVO VIAL	\$0 (Tier 1)	
ACTHIB VACCINE	\$0 (Tier 1)	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 1)	
AREXVY VACCINE	\$0 (Tier 1)	
<i>bcg vaccine (tice strain) vial</i>	\$0 (Tier 1)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
BOOSTRIX TDAP VACCINE SYRINGE	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
DAPTACEL DTAP VACCINE	\$0 (Tier 1)	
ENGRIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
ENGRIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	\$0 (Tier 1)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	PA
HIBERIX VACCINE	\$0 (Tier 1)	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	\$0 (Tier 1)	
INFANRIX DTAP VACCINE	\$0 (Tier 1)	
IPOL VIAL	\$0 (Tier 1)	
IXIARO VACCINE	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
JYNNEOS VACCINE	\$0 (Tier 1)	
KINRIX VACCINE	\$0 (Tier 1)	
M-M-R II VACCINE VIAL	\$0 (Tier 1)	
MENQUADFI VIAL	\$0 (Tier 1)	
MENVEO VACCINE	\$0 (Tier 1)	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	\$0 (Tier 1)	
PENBRAYA VACCINE	\$0 (Tier 1)	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y KIT	\$0 (Tier 1)	
PENTACEL VACCINE	\$0 (Tier 1)	
PRIORIX VIAL	\$0 (Tier 1)	
PROQUAD VIAL	\$0 (Tier 1)	
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
RABAVERT VACCINE	\$0 (Tier 1)	NDS
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 (Tier 1)	PA
ROTARIX VACCINE ORAL SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
ROTATEQ VACCINE	\$0 (Tier 1)	
SHINGRIX VACCINE	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 365 days)
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 1)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	\$0 (Tier 1)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0 (Tier 1)	
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Immunological Agents		
VARIVAX VACCINE	\$0 (Tier 1)	
VAXCHORA VACCINE	\$0 (Tier 1)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	
VIVOTIF EC CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	\$0 (Tier 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Inflammatory Bowel Disease Agents		
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
PENTASA 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)
<i>sulfasalazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Metabolic Bone Disease Agents		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Metabolic Bone Disease Agents		
<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)
BILDYOS 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
BILPREVDA 120 MG/1.7 ML VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
BOMYNTRA (120 MG/1.7 ML SYRINGE, 120 MG/1.7 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
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
CONEXXENCE 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Metabolic Bone Disease Agents		
<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 (Tier 1)	PA NSO
RAYALDEE (ER 30 MCG CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))	\$0 (Tier 1)	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)
<i>risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 84 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA
<i>teriparatide 560mcg/2.24ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
<i>atropine 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
MIEBO 100% EYE DROP	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-bacit-polymix eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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 (Tier 1)	QL (7 per 30 days), NDS
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Ophthalmic Agents		
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	PA, QL (8.4 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Ophthalmic Anti-Infectives		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>besifloxacin 0.6% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	PA
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Ophthalmic Agents		
<i>sulfacetamide 10% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
XDEMVIY 0.25% DROP	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0 (Tier 1)	
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)	
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Ophthalmic Agents		
<i>fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flurbiprofen 0.03% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<i>ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol 0.5% ophthalmc gel</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol etabonate 0.2% drp</i>	\$0 (Tier 1)	NDS
<i>loteprednol etabonate 0.5% drp</i>	\$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 180 days)
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0 (Tier 1)	
<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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 DROP	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Ophthalmic Agents		
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<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% OPTH SOLUTION	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 30 days)
ROCKLATAN 0.02%-0.005% EYE DRP	\$0 (Tier 1)	QL (5 per 30 days)
<i>travoprost 0.004% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	ST
VYZULTA 0.024% OPTH SOLUTION	\$0 (Tier 1)	ST

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Otic Agents		
Otic Agents		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Otic Agents		
<i>ciproflox-dexameth otic susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin-hydrocort 0.2-1%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluocinolone oil 0.01% ear drp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ear susp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% ear drops</i>	\$0 (Tier 1)	

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	\$0 (Tier 1)	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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>fluticasone prop 100mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>fluticasone prop 250 mcg disk</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDIHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (21.2 per 30 days)
Antihistamines		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>cypheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syr)</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)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<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 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0 (Tier 1)	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)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
<i>arformoterol 15 mcg/2 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>epinephrine (0.15 mg auto-inject, 0.3 mg auto-inject)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days), NDS
<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 (Tier 1)	QL (2 per 30 days), NDS
SEREVENT DISKUS 50 MCG	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Cystic Fibrosis Agents		
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA, NDS
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 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ORKAMBI (100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (112 per 28 days)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SYMDEKO (50/75 MG-75 MG TABLETS, 100/150 MG-150 MG TABS)	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 1)	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 (Tier 1)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (56 per 28 days)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>theophylline 80 mg/15 ml cup</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, LA
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
<i>bosentan 32 mg tablet for susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
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 (Tier 1)	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (300 per 30 days)
Pulmonary Fibrosis Agents		
JASCAYD (9 MG TABLET, 18 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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)	
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE (160-18-4.8MCG, 160-9-4.8 MCG)	\$0 (Tier 1)	QL (10.7 per 30 days)
BRINSUPRI (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	\$0 (Tier 1)	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>fluticasone-vilanterol (100-25, 200-25)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 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 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA, QL (0.4 per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT (INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (28), INHALER (60))	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
TEZSPIRE 210 MG/1.91 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1.91 per 28 days)
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
WINREVAIR (2 PACK) (45 MG KIT, 60 MG KIT)	\$0 (Tier 1)	PA
WINREVAIR 45 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
WINREVAIR 60 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	PA
WIXELA INHUB (100-50, 250-50, 500-50)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Skeletal Muscle Relaxants		
Skeletal Muscle Relaxants		
<i>carisoprodol 350 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>orphenadrine er 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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), NDS

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Sleep Disorder Agents		
<i>triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days), NDS
<i>zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<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

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Nombre del medicamento	Lo que le cuesta el medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
Supplies		
Supplies		
<i>gauze pads & dressings - pads 2 x 2</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>insulin pen needle</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad</i>	\$0 (Tier 1)	ST
<i>needles, insulin disp., safety</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

Puede localizar información del significado de los símbolos y abreviaturas de la tabla consultando la Lista de abreviaturas en la página 23.

Si tiene alguna pregunta, llame a CalOptima Health OneCare Complete al **1-877-412-2734** (TTY **711**), de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite www.caloptima.org/OneCare.

Índice de medicamentos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre por orden alfabético.

Esto le dirá el número de la página donde puede encontrar más información sobre la cobertura de su medicamento.

1

1st Generation/Typical102

2

2nd Generation/Atypical 103

A

abacavir..... 113,114

abacavir-lamivudine..... 114

ABIGALE..... 203

ABIGALE LO..... 203

ABILIFY ASIMTUFII...103,104

ABILIFY MAINTENA.....104

abiraterone acetate..... 75

ABIRTEGA.....75

ABRYSVO VIAL..... 235

acamprosate calcium..... 31

acarbose.....123

ACCUTANE..... 166

acebutolol hcl..... 144

acetaminophen-codeine..... 25

acetaminophen-codeine 120-12

mg/5..... 25

acetazolamide..... 149

acetazolamide er..... 247

acetic acid..... 248

acetylcysteine.....257

acitretin..... 166

Acne and Rosacea Agents.166

ACTEMRA.....224

ACTEMRA ACTPEN.....224

ACTHIB VACCINE.....235

ACTIMMUNE.....229

ACTIVEVLA.....203

acyclovir.....119,173

acyclovir sodium..... 119

ADACEL TDAP.....235

adalimumab-aaty(cf).....230

adalimumab-aaty(cf) ai

crohns..... 230

adalimumab-aaty(cf)

autoinject..... 230

adalimumab-fkjp(cf).....230

adalimumab-fkjp(cf) pen....230

adefovir dipivoxil..... 117

ADEMPAS.....255

AIMOVIG AUTOINJECTOR...70

AJOVY AUTOINJECTOR...71

AJOVY AUTOINJECTOR (3

PACK).....71

AJOVY SYRINGE.....71

AKEEGA.....80

ALA-CORT.....167

albendazole.....97

albuterol sulfate.....251

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.....31

ALECENSA.....80

alendronate sodium....240,241

alfuzosin hcl er.....194

aliskiren.....149

Alkylating Agents.....74

allopurinol.....69

alogliptin.....123

alogliptin-metformin.....123

alosetron hcl.....185

Alpha-adrenergic Agonists. 139

Alpha-adrenergic Blocking

Agents.....140

alprazolam..... 121

ALTAVERA.....203

ALTRIXA OB.....178

ALUNBRIG.....80

ALYACEN.....203

ALYQ.....255

amantadine.....99

ambrisentan.....255

amcinonide.....168

amikacin sulfate..... 33

amiloride hcl.....154

amiloride-

hydrochlorothiazide.....149

Aminoglycosides.....33

Aminosalicylates and/or

Prodrugs.....239

amiodarone hcl.....142

amitriptyline hcl.....63

amlodipine besylate.....146

amlodipine besylate-

benazepril.....149

amlodipine-atorvastatin....149

amlodipine-olmesartan....150

amlodipine-valsartan.....150

amlodipine-valsartan-hctz..150

ammonium lactate.....168

AMNESTEEM.....166

amoxapine.....63

amoxicillin.....39

amoxicillin-clavulanate

potass.....39

amphotericin b.....66

amphotericin b liposome....67

ampicillin sodium.....39

ampicillin trihydrate.....39

ampicillin-sulbactam.....40

Amyotrophic Lateral Sclerosis

(ALS) Agents.....159

<i>anagrelide hcl</i>	135	Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI).....	115	ANTIPARKINSON AGENTS.....	99
ANALGESICS.....	25	Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids.....	249	Antiparkinson Agents, Other.....	99
Analgesics.....	25	Anti-influenza Agents.....	118	Antiprotozoals.....	98
Analgesics Combinations....	25	Antiandrogens.....	75	ANTIPSYCHOTICS.....	102
<i>anastrozole</i>	80	Antiangiogenic Agents.....	76	Antipsychotics.....	110
ANDEMBRY.....		Antiarrhythmics.....	142	Antispasmodics, Gastrointestinal.....	185
AUTOINJECTOR.....	224	ANTIBACTERIALS.....	33	Antispasmodics, Urinary....	193
Androgens.....	200	Antibacterials, Other.....	34	ANTISPASTICITY AGENTS.....	111
ANESTHETICS.....	30	Anticholinergics.....	99	Antispasticity Agents.....	111
ANGELIQ.....	203	Anticoagulants.....	133	Antithyroid Agents.....	222
Angioedema Agents.....	222	ANTICONVULSANTS.....	46	Antituberculars.....	73
Angiotensin II Receptor Antagonists.....	140	Anticonvulsants, Other.....	46	Antiviral, Coronavirus Agents.....	119
Angiotensin-converting Enzyme (ACE) Inhibitors.....	141	ANTIDEMENTIA AGENTS.....	55	ANTIVIRALS.....	111
ANNOVERA.....	201	Antidementia Agents, Other.....	55	ANUSOL-HC.....	240
Anthelmintics.....	97	ANTIDEPRESSANTS.....	57	ANXIOLYTICS.....	120
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....	31	Antidepressants, Other.....	57	Anxiolytics, Other.....	120
Anti-Constipation Agents....	183	Antidiabetic Agents.....	123	<i>apraclonidine hcl</i>	247
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents.....	116	ANTIEMETICS.....	64	<i>aprepitant</i>	65,66
Anti-Diarrheal Agents.....	185	Antiemetics, Other.....	64	APRI.....	204
Anti-hepatitis B (HBV) Agents.....	117	Antiestrogens/Modifiers.....	77	APTIVUS.....	115
Anti-hepatitis C (HCV) Agents.....	118	ANTIFUNGALS.....	66	AQNEURSA.....	188
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI).....	111	Antifungals.....	66	AQVESME.....	136
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI).....	112	ANTIGOUT AGENTS.....	69	ARANELLE.....	204
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI).....	113	Antigout Agents.....	69	ARCALYST.....	224
Anti-HIV Agents, Other.....	115	Antihistamines.....	250	AREXVY VACCINE.....	235
		Antileukotrienes.....	250	<i>arformoterol tartrate</i>	252
		Antimetabolites.....	77	ARIKAYCE.....	33
		ANTIMIGRAINE AGENTS....	70	<i>aripiprazole</i>	104
		Antimigraine Agents.....	70	<i>aripiprazole odt</i>	104
		ANTIMYASTHENIC AGENTS.....	73	ARISTADA.....	104
		ANTIMYCOBACTERIALS....	73	ARISTADA INITIO.....	105
		Antimycobacterials, Other....	73	<i>armodafinil</i>	261
		ANTINEOPLASTICS.....	74	ARNUITY ELLIPTA.....	249
		Antineoplastics.....	78	Aromatase Inhibitors, 3rd Generation.....	80
		Antineoplastics, Other.....	78	<i>asenapine maleate</i>	105
		ANTIPARASITICS.....	97	ASHLYNA.....	204
				<i>aspirin-dipyridamole er</i>	138

<i>atazanavir sulfate</i>	115	<i>azithromycin 500 mg tablet</i>		<i>bethanechol chloride</i>	194
<i>atenolol</i>	144	(dose pack).....	42	<i>bexarotene</i>	96,97
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	150	<i>aztreonam</i>	34	BEXSERO.....	235
<i>atomoxetine hcl</i>	160	AZURETTE.....	204	BEYAZ.....	204
<i>atorvastatin calcium</i>	155	B			
<i>atovaquone</i>	98	<i>bacitracin-polymyxin</i>	244	<i>bicalutamide</i>	75
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	98	<i>baclofen</i>	111	BICILLIN C-R.....	40
<i>atropine 1% eye drop</i>	243	BALCOLTRA.....	204	BICILLIN L-A.....	40
ATROVENT HFA.....	251	<i>balsalazide disodium</i>	239	BIKTARVY.....	111
Attention Deficit Hyperactivity		BALVERSA.....	80,81	BILDYOS.....	241
Disorder Agents,		BALZIVA.....	204	BILPREVDA.....	241
Amphetamines.....	159	BAQSIMI.....	128	<i>bimatoprost</i>	247
Attention Deficit Hyperactivity		BARACLUDE.....	117	BIPOLAR AGENTS.....	122
Disorder Agents, Non-		BAXDELA.....	43	<i>bismuth-metronidazole-</i>	
amphetamines.....	160	<i>bcg vaccine (tice strain)</i>	235	<i>tetracyc</i>	185
AUBRA.....	204	<i>benazepril hcl</i>	141	<i>bisoprolol fumarate</i>	144
AUBRA EQ.....	204	<i>benazepril-</i>		<i>bisoprolol-</i>	
AUGTYRO.....	78	<i>hydrochlorothiazide</i>	150	<i>hydrochlorothiazide</i>	150
AUSTEDO.....	162	Benign Prostatic Hypertrophy		BLISOVI 24 FE.....	204
AUSTEDO XR.....	162	Agents.....	194	BLISOVI FE.....	204
AUSTEDO XR TITRATION		BENLYSTA.....	224	BLOOD GLUCOSE	
KT(WK1-4).....	162	<i>benznidazole</i>	98	REGULATORS.....	123
AUVELITY.....	57	Benzodiazepines.....	121	BLOOD PRODUCTS AND	
AVIANE.....	204	<i>benztropine mesylate</i>	99	MODIFIERS.....	133
AVMAPKI-FAKZYNJA.....	78	<i>besifloxacin hcl</i>	244	Blood Products and Modifiers,	
AVONEX.....	163	BESREMI.....	229	Other.....	135
AVONEX (4 PACK).....	164	BESREMI PEN.....	229	BLUJEPa.....	34
AVONEX PEN.....	164	Beta-adrenergic Blocking		BOMYNTRA.....	241
AVONEX PEN (4 PACK)....	164	Agents.....	144	BONSITY.....	241
AVYCAZ.....	36	Beta-lactam, Cephalosporins	36	BOOSTRIX TDAP.....	235
AYVAKIT.....	80	Beta-lactam, Penicillins.....	39	<i>bosentan</i>	255
AZASAN.....	230	<i>betaine anhydrous</i>	188	BOSULIF.....	81
AZASITE.....	244	<i>betamethasone diprop</i>		<i>bosutinib</i>	81
<i>azathioprine</i>	230	<i>augmented</i>	168	BRAFTOVI.....	81
<i>azelaic acid</i>	166	<i>betamethasone</i>		BREO ELLIPTA.....	257
<i>azelastine hcl</i>	245,250	<i>dipropionate</i>	168	BREYNA.....	257
AZENTRA.....	178	<i>betamethasone valerate</i>	168	BREZTRI AEROSPHERE.....	257
<i>azithromycin</i>	42,43	BETASERON 0.3 MG		BRIELLYN.....	204
<i>azithromycin 250 mg tablet</i>		INJECTION.....	164	<i>brimonidine tartrate</i>	247
(dose pack).....	42	<i>betaxolol hcl</i>	144,246	<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	247
				BRINSUPRI.....	257
				<i>brinzolamide</i>	247

<i>brivaracetam</i>	46	CALQUENCE.....	81	<i>cefuroxime sodium</i>	38
<i>bromfenac sodium</i>	245	CAMILA.....	214	<i>celecoxib</i>	26
<i>bromocriptine mesylate</i>	100	CAMRESE LO.....	204	CELLCEPT.....	230
Bronchodilators,		CAMZYOS.....	150	CENTRAL NERVOUS	
Anticholinergic.....	251	<i>candesartan cilexetil</i>	140	SYSTEM AGENTS.....	159
Bronchodilators,		CAPLYTA.....	105	Central Nervous System	
Sympathomimetic.....	251	CAPRELSA.....	81,82	Agents, Other.....	162
BRUKINSA.....	81	<i>carbamazepine</i>	52	<i>cephalexin</i>	38
<i>budesonide</i>	240,249	<i>carbamazepine er</i>	53	<i>cevimeline hcl</i>	165
<i>budesonide dr</i>	240	Carbapenems.....	42	CHEMET.....	177
<i>budesonide ec</i>	240	<i>carbidopa</i>	101	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	121
<i>budesonide-formoterol</i>		<i>carbidopa-levodopa</i>	101	<i>chlorhexidine gluconate</i>	165
<i>fumarate</i>	257	<i>carbidopa-levodopa er</i>	101	<i>chloroquine phosphate</i>	98
<i>bumetanide</i>	153	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chlorpromazine hcl</i>	102
<i>buprenorphine hcl</i>	31	<i>entacapone</i>	100	<i>chlorthalidone</i>	154
<i>buprenorphine-naloxone</i>	31	CARDAMYST.....	147	CHOLBAM.....	188
<i>bupropion hcl</i>	57	CARDIOVASCULAR		<i>cholestyramine</i>	156
<i>bupropion hcl sr</i>	32,57	AGENTS.....	139	<i>cholestyramine light</i>	156
<i>bupropion xl</i>	57	Cardiovascular Agents,		Cholinesterase Inhibitors....	55
<i>bupirone hcl</i>	120	Other.....	149	<i>ciclopirox</i>	173
<i>butalbital-acetaminophen-</i>		<i>carglumic acid</i>	174	<i>cilostazol</i>	138
<i>caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	25	<i>carisoprodol</i>	260	CILOXAN.....	244
C		<i>carteolol hcl</i>	247	CIMDUO.....	114
<i>cabergoline</i>	219	CARTIA XT.....	147	<i>cimetidine</i>	187
CABLIVI 11 MG VIAL KIT...138		<i>carvedilol</i>	144	CIMZIA (2 PACK).....	231
CABOMETYX.....	81	<i>caspofungin acetate</i>	67	CIMZIA 2X200 MG/ML	
<i>calcipotriene</i>	171	CAYSTON.....	253	SYRINGE KIT.....	231
Calcitonin Gene-Related		<i>cefaclor</i>	36	<i>cinacalcet hcl</i>	241
Peptide (CGRP) Receptor		<i>cefadroxil</i>	37	CINRYZE.....	222
Antagonists.....	70	<i>cefazolin sodium</i>	37	<i>ciprofloxacin hcl</i>	44,244
<i>calcitonin-salmon</i>	241	<i>cefdinir</i>	37	<i>ciprofloxacin-d5w</i>	44
<i>calcitriol</i>	241	<i>cefepime hcl</i>	37	<i>ciprofloxacin-</i>	
<i>calcium acetate</i>	182	<i>cefixime</i>	37	<i>dexamethasone</i>	249
Calcium Channel Blocking		<i>cefotetan</i>	37	<i>ciprofloxacin-</i>	
Agents, Dihydropyridines...146		<i>cefoxitin</i>	37	<i>hydrocortisone</i>	249
Calcium Channel Blocking		<i>cefpodoxime proxetil</i>	37	<i>citalopram hbr</i>	59
Agents,		<i>cefprozil</i>	38	CLARAVIS.....	167
Nondihydropyridines.....147		<i>ceftaroline fosamil</i>	38	<i>clarithromycin</i>	43
Calcium Channel Modifying		<i>ceftazidime</i>	38	CLEOCIN.....	173
Agents.....	49	<i>ceftriaxone</i>	38	CLIMARA PRO.....	204
		<i>cefuroxime</i>	38	<i>clindamycin (pediatric)</i>	34

<i>clindamycin 1% gel</i>	173	CONEXXENCE.....	241	DANZITEN.....	82
<i>clindamycin hcl</i>	34	<i>conjugated estrogens</i>	201	<i>dapagliflozin</i>	123
<i>clindamycin pediatric</i>	34	CONSTULOSE.....	183	<i>dapagliflozin-metformin er</i> ..	123
<i>clindamycin phos-benzoyl</i>		COPIKTRA.....	82	<i>dapsone</i>	73
<i>perox</i>	167	CORTROPHIN.....	195	DAPTACEL DTAP.....	236
<i>clindamycin phosphate</i> ..	34, 173	CORTROPHIN GEL 400		<i>daptomycin</i>	35
<i>clindamycin phosphate-d5w</i> ..	34	UNIT/5 ML.....	195	<i>darifenacin er</i>	193
CLINIMIX.....	178	COSENTYX (2 SYRINGES)	224	<i>darunavir</i>	115
CLINIMIX E.....	178	COSENTYX SENSOREADY (2		<i>dasatinib</i>	82
CLINISOL.....	178	PENS).....	224	DAURISMO.....	82
CLINOLIPID.....	178	COSENTYX SENSOREADY		DAWNZERA.....	222
<i>clobazam</i>	49	PEN.....	224	DAYBUE STIX.....	189
<i>clobetasol emollient</i>	168	COSENTYX SYRINGE.....	225	DEBLITANE.....	215
<i>clobetasol propionate</i>	168	COSENTYX UNOREADY		<i>deferasirox</i>	177
<i>clomipramine hcl</i>	63	PEN.....	225	<i>deferiprone</i>	177
<i>clonazepam</i>	49,50	COTELLIC.....	82	<i>deferiprone (3 times a day)</i> ..	177
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i>	49	CRENESSITY.....	197	<i>deflazacort</i>	195
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>	50	CREON.....	188	DELSTRIGO.....	112
<i>clonazepam 1 mg odt</i>	50	CRESEMBA.....	67	<i>demeclocycline hcl</i>	45
<i>clonidine</i>	139	CRINONE.....	215	DENTAL AND ORAL	
<i>clonidine hcl</i>	140	<i>cromolyn sodium</i>	245,254	AGENTS.....	165
<i>clonidine hcl er</i>	160	CROTAN.....	173	Dental and Oral Agents....	165
<i>clopidogrel</i>	138, 139	CRYSELLE.....	205	DEPO-ESTRADIOL.....	201
<i>clorazepate dipotassium</i>	50	CTEXLI.....	189	DEPO-SUBQ PROVERA	
<i>clotrimazole</i>	67	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	260	104.....	215
<i>clotrimazole-</i>		<i>cyclophosphamide</i>	74	Dermatitis and Pruritus	
<i>betamethasone</i>	171	<i>cyclosporine</i>	231,243	Agents.....	167
<i>clozapine</i>	110	<i>cyclosporine modified</i>	231	DERMATOLOGICAL	
<i>clozapine odt</i>	110	<i>cyproheptadine hcl</i>	250	AGENTS.....	166
COARTEM.....	98	CYRED.....	205	Dermatological Agents,	
COBENFY.....	110	CYRED EQ.....	205	Other.....	171
COBENFY STARTER		CYSTAGON.....	189	DESCOVY.....	114
PACK.....	110	CYSTARAN.....	189	<i>desipramine hcl</i>	63
<i>codeine sulfate</i>	29	Cystic Fibrosis Agents.....	253	<i>desloratadine</i>	250
<i>colchicine</i>	70	D		<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml</i>	
<i>colesevelam hcl</i>	123, 156	<i>dabigatran etexilate</i>	133	<i>spr</i>	198
<i>colestipol hcl</i>	156	<i>dalbavancin hcl</i>	34	<i>desmopressin acetate</i>	198
<i>colistimethate</i>	34	<i>dalfampridine er</i>	164	<i>desonide</i>	168
COMBIPATCH.....	205	<i>danazol</i>	200	<i>desoximetasone</i>	169
COMBIVENT RESPIMAT.....	257	<i>dantrolene sodium</i>	111	<i>desvenlafaxine er</i>	59
COMETRIQ.....	82			<i>desvenlafaxine succinate er</i> ..	59

<i>dexamethasone</i>	196	<i>diltiazem 24hr er</i>	147	<i>droxidopa</i>	140
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	245	<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	148	DUAVEE.....	216
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	159	<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	148	<i>duloxetine hcl</i>	60
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	159	<i>diltiazem hcl</i>	148	DUPIXENT PEN.....	225
<i>dextroamphetamine-amphet er</i>	159	<i>dimethyl fumarate</i>	164	DUPIXENT SYRINGE.....	225
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>	159,160	<i>diphenoxylate-atropine</i>	185	<i>dutasteride</i>	194
<i>dextromethorphan hbr-quinidine</i>	162	<i>dipyridamole</i>	139	DUVYZAT.....	189
<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i>	179	<i>disopyramide phosphate</i>	143	Dyslipidemics, Fibrin Acid Reductase Inhibitors.....	155
<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i> ...179		<i>disulfiram</i>	31	Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors.....	155
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i> ...179		Diuretics, Loop.....	153	Dyslipidemics, Other.....	156
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>	179	Diuretics, Potassium-sparing.....	154		
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i> ...179		Diuretics, Thiazide.....	154	E	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	179	<i>divalproex sodium</i>	46	<i>ec-naproxen</i>	26
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	179	<i>divalproex sodium er</i>	46	<i>econazole nitrate</i>	173
<i>dextrose in water</i>	179	<i>dofetilide</i>	143	EDURANT PED.....	112
DIACOMIT.....	46	DOJOLVI.....	177	<i>efavirenz</i>	113
<i>diazepam</i>	50,121	DOLISHALE.....	205	<i>efavirenz-emtricitenofovir disop</i>	112
<i>diazoxide</i>	128	<i>donepezil hcl</i>	55	<i>efavirenz-emtricitenofovir disop</i>	113
<i>dichlorphenamide</i>	189	<i>donepezil hcl odt</i>	55	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disop</i>	113
<i>diclofenac epolamine</i>	26	Dopamine Agonists.....	100	EGRIFTA WR.....	198
<i>diclofenac potassium</i>	26	Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors.....	101	Electrolyte/Mineral Replacements.....	174
<i>diclofenac sodium</i>26,171,245		DOPTelet.....	139	Electrolyte/Mineral/Metal Modifiers.....	177
<i>diclofenac sodium er</i>	26	<i>dorzolamide hcl</i>	247	ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	174
<i>dicloxacillin sodium</i>	40	<i>dorzolamide-timolol</i>	243	Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins.....	178
<i>dicyclomine hcl</i>	185	DOTTI.....	201	ELIGARD.....	219
DIFICID.....	43	DOVATO.....	111	ELIGARD 22.5 MG SYRINGE.....	219
<i>diflorasone diacetate</i>	169	<i>doxazosin mesylate</i>	140	ELIGARD 30 MG SYRINGE.....	219
<i>difluprednate</i>	245	<i>doxepin hcl</i>	63,169	ELIGARD 45 MG SYRINGE.....	220
<i>digoxin</i>	143,151	<i>doxercalciferol</i>	242	ELIGARD 7.5 MG SYRINGE.....	220
<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	143	DOXY 100.....	45	ELIQUIS.....	133
<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	143	<i>doxycycline hyclate</i>	45,165		
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	71	<i>doxycycline monohydrate</i>	45		
DILANTIN.....	53	DRIZALMA SPRINKLE.....	59		
DILANTIN-125.....	53	<i>dronabinol</i>	66		
DILT-XR.....	147	<i>drospirenone-eth estralevomef</i>	205		
<i>diltiazem 12hr er</i>	147	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	205		

F

<i>flunisolide</i>	249	GALLIFREY.....	215	GESTYRA.....	179
<i>fluocinolone acetonide</i>	169	Gamma-Aminobutyric Acid		GILOTRIF.....	84
<i>fluocinolone acetonide oil</i> ...	249	(GABA) Modulating Agents..	49	GIMOTI.....	64
<i>fluocinonide</i>	169	GAMMAGARD LIQUID.....	223	<i>glatiramer acetate</i>	164
<i>fluocinonide-e</i>	169	GAMMAGARD LIQUID		GLATOPA.....	164
<i>fluoride</i>	175	ERC.....	223	<i>glimepiride</i>	123
<i>fluorometholone</i>	246	GAMMAGARD S-D.....	223	<i>glipizide</i>	123,124
<i>fluorouracil</i>	171	GAMUNEX-C.....	223	<i>glipizide er</i>	124
<i>fluoxetine hcl</i>	60,61	GARDASIL 9.....	236	<i>glipizide xl</i>	124
<i>fluphenazine decanoate</i>	102	GASTROINTESTINAL		<i>glipizide-metformin</i>	124
<i>fluphenazine hcl</i>	102	AGENTS.....	183	GLOPERBA.....	70
<i>flurbiprofen sodium</i>	246	Gastrointestinal Agents,		GLUCAGON 1 MG	
<i>fluticasone propionate</i> ..	169,250	Other.....	185	EMERGENCY KIT.....	128
<i>fluticasone propionate hfa</i> ..	258	<i>gatifloxacin</i>	244	Glucocorticoids.....	240
<i>fluticasone-salmeterol</i>	258	GATTEX 5 MG INJECTION.....	186	<i>glucose in water</i>	179
<i>fluticasone-salmeterol hfa</i> ..	258	<i>gauze pads & dressings - pads</i>		<i>glyburide</i>	124
<i>fluticasone-vilanterol</i>	258	2 x 2.....	262	<i>glyburide-metformin hcl</i>	124
<i>fluvoxamine maleate</i>	61	GAVILYTE-C.....	186	Glycemic Agents.....	128
FML FORTE.....	246	GAVILYTE-G.....	186	<i>glycerol phenylbutyrate</i>	189
FOLATEXCEL.....	179	GAVILYTE-N.....	186	<i>glycopyrrolate</i>	185
<i>fondaparinux sodium</i>	133	GAVRETO.....	83	GOLYTELY.....	186
FORZINITY.....	189	<i>gefitinib</i>	83	GOMEKLI.....	84
<i>fosamprenavir calcium</i>	116	<i>gemfibrozil</i>	155	<i>granisetron hcl</i>	66
<i>fosfomycin tromethamine</i>	35	GEMMILY.....	206	GRANIX.....	136
<i>fosinopril sodium</i>	141	GEMTESA.....	193	GRASTEK.....	223
<i>fosinopril-</i>		GENERLAC.....	183	<i>griseofulvin</i>	68
<i>hydrochlorothiazide</i>	151	GENETIC, ENZYME, OR		<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	68
FOTIVDA.....	83	PROTEIN DISORDER:		<i>guanfacine hcl</i>	140
FRAGMIN.....	133,134	REPLACEMENT, MODIFIERS,		<i>guanfacine hcl er</i>	160
FRUZAQLA.....	83	TREATMENT.....	188	GVOKE.....	128
FULPHILA.....	136	Genetic, Enzyme, or Protein		GVOKE HYPOPEN 1-	
<i>furosemide</i>	153	Disorder: Replacement,		PACK.....	128
FYAVOLV.....	206	Modifiers, Treatment.....	188	GVOKE HYPOPEN 2-	
FYLNETRA.....	136	GENGRAF.....	232	PACK.....	129
		GENITOURINARY		GVOKE PFS 1-PACK	
G		AGENTS.....	193	SYRINGE.....	129
<i>gabapentin</i>	50,51	Genitourinary Agents, Other	194	GVOKE PFS 2-PACK	
<i>galantamine er</i>	56	GENOTROPIN.....	198	SYRINGE.....	129
<i>galantamine hbr</i>	56	<i>gentamicin sulfate</i> ...33,174,244			
<i>galantamine hydrobromide</i> ...	55	<i>gentamicin sulfate in ns</i>	33	H	
GALBRIELA.....	206	GENVOYA.....	111	HADLIMA.....	232

HADLIMA PUSHTOUCH... 232	Hormonal Agents,	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>
HADLIMA(CF)..... 232	Stimulant/Replacement/Modifyi	<i>7.5-325mg..... 25</i>
HADLIMA(CF)	ng (Sex Hormones/Modifiers),	<i>hydrocodone-ibuprofen..... 25</i>
PUSHTOUCH..... 232	Other..... 203	<i>hydrocortisone..... 169,240</i>
HAEGARDA..... 222	HORMONAL AGENTS,	<i>hydrocortisone butyrate.... 170</i>
HAILEY 24 FE..... 206	STIMULANT/REPLACEMENT/	<i>hydrocortisone valerate.... 170</i>
HAILEY FE..... 206	MODIFYING (THYROID).... 217	<i>hydromorphone hcl..... 29</i>
<i>halobetasol propionate..... 169</i>	Hormonal Agents,	<i>hydroxychloroquine sulfate.. 98</i>
<i>haloperidol..... 102</i>	Stimulant/Replacement/Modifyi	<i>hydroxyurea..... 78</i>
<i>haloperidol decanoate..... 102</i>	ng (Thyroid)..... 217	<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral</i>
<i>haloperidol decanoate 100.. 102</i>	HORMONAL AGENTS,	<i>solution..... 120</i>
<i>haloperidol lactate..... 102</i>	SUPPRESSANT (ADRENAL	<i>hydroxyzine hcl..... 120</i>
HARLIKU..... 189	OR PITUITARY)..... 219	<i>hydroxyzine pamoate..... 120</i>
HAVRIX..... 236	Hormonal Agents, Suppressant	HYFTOR..... 232
HEATHER..... 215	(Adrenal or Pituitary)..... 219	HYRNUO..... 84
HEMADY..... 97	HORMONAL AGENTS,	
Hemostasis Agents..... 138	SUPPRESSANT	
<i>heparin sodium..... 134</i>	(THYROID)..... 222	<i>ibandronate sodium..... 242</i>
HEPLISAV-B..... 236	HUMALOG..... 129	IBRANCE..... 84
HERNEXEOS..... 84	HUMALOG JUNIOR	IBTROZI..... 84
HIBERIX VACCINE..... 236	KWIKPEN..... 130	IBU..... 27
Histamine-2 (H2) Receptor	HUMALOG KWIKPEN U-	<i>ibuprofen..... 27</i>
Antagonists..... 187	100..... 130	<i>icatibant..... 222</i>
HORMONAL AGENTS,	HUMALOG MIX 50-50	ICLEVIA..... 206
STIMULANT/REPLACEMENT/	KWIKPEN..... 130	ICLUSIG..... 84
MODIFYING (ADRENAL).... 195	HUMALOG MIX 75-25..... 130	<i>icosapent ethyl..... 156</i>
Hormonal Agents,	HUMALOG MIX 75-25	ICOTYDE..... 225
Stimulant/Replacement/Modifyi	KWIKPEN..... 130	IDHIFA..... 85
ng (Adrenal)..... 195	HUMATROPE..... 198	IDVYNZO..... 113
HORMONAL AGENTS,	HUMULIN 70-30..... 130	<i>imatinib mesylate..... 85</i>
STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMULIN 70/30 KWIKPEN.130	IMBRUVICA..... 85
MODIFYING (PITUITARY) .197	HUMULIN N..... 130	<i>imipenem-cilastatin sodium.. 42</i>
Hormonal Agents,	HUMULIN N KWIKPEN..... 130	<i>imipramine hcl..... 64</i>
Stimulant/Replacement/Modifyi	HUMULIN R..... 130	<i>imiquimod..... 171</i>
ng (Pituitary)..... 197	<i>hydralazine hcl..... 157</i>	IMKELDI..... 85
HORMONAL AGENTS,	<i>hydrochlorothiazide..... 154</i>	Immunoglobulins..... 223
STIMULANT/REPLACEMENT/	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	IMMUNOLOGICAL
MODIFYING (SEX	<i>10-325mg..... 25</i>	AGENTS..... 222
HORMONES/MODIFIERS). 200	<i>hydrocodone-acetaminophen 5-</i>	Immunological Agents..... 223
	<i>325mg..... 25</i>	Immunological Agents,
		Other..... 224

Immunostimulants.....	229	INVEGA HAFYERA.....	106	JASCAYD.....	256
Immunosuppressants.....	230	INVEGA SUSTENNA.....	106	JASMIEL.....	207
IMOVAX RABIES		INVEGA TRINZA.....	106,107	JAVYGTOR.....	189
VACCINE.....	236	INVOKAMET.....	124	JAYPIRCA.....	86
IMULDOSA.....	225	INVOKAMET XR.....	125	JAYTHARI.....	196
IMVEXXY.....	202	INVOKANA.....	125	JIDEYTRO.....	86
INCASSIA.....	215	IOPIDINE.....	247	JINTELI.....	207
INCRELEX.....	198	IPOL.....	236	JOENJA.....	190
<i>indapamide</i>	154	<i>ipratropium bromide</i>	251	JOURNAVX.....	25
<i>indomethacin</i>	27	<i>ipratropium-albuterol</i>	258	JOYEAX.....	207
INFANRIX DTAP VACCINE	236	<i>irbesartan</i>	141	JULEBER.....	207
INFLAMMATORY BOWEL		<i>irbesartan-</i>		JULUCA.....	112
DISEASE AGENTS.....	239	<i>hydrochlorothiazide</i>	151	JUNEL.....	207
INGREZZA.....	163	ISENTRESS.....	112	JUNEL FE.....	207
INGREZZA INITIATION		ISENTRESS HD.....	112	JUNEL FE 24.....	207
PK(TARDIV).....	163	ISIBLOOM.....	207	JYLAMVO.....	232
INGREZZA SPRINKLE.....	163	ISOLYTE P WITH		JYNNEOS VACCINE.....	237
INLURIYO.....	77	DEXTROSE.....	180		
INLYTA.....	85	ISOLYTE S.....	175	K	
INQOVI.....	78	<i>isoniazid</i>	74	KAITLIB FE.....	207
INREBIC.....	85	<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml</i>		KALYDECO.....	253
<i>insulin glargine max</i>		<i>medicated pad</i>	262	KARIVA.....	208
<i>solostar</i>	130	<i>isosorbide dinitrate</i>	158	<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	180
<i>insulin glargine solostar</i>	131	<i>isosorbide mononit er 60 mg</i>		KELNOR 1-35.....	208
<i>insulin glargine-yfgn</i>	131	<i>tb</i>	158	KERENDIA.....	157
<i>insulin lispro</i>	131	<i>isosorbide mononitrate er</i>	158	<i>ketoconazole</i>	68
<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	131	<i>isotretinoin</i>	167	<i>ketorolac tromethamine</i>	246
<i>insulin lispro kwikpen u-100</i>	131	ISTURISA.....	198	KEVZARA.....	225
<i>insulin lispro protamine mix</i>	131	ITOVEBI.....	85,86	KINERET.....	225
<i>insulin pen needle</i>	262	<i>itraconazole</i>	68	KINRIX VACCINE.....	237
<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3</i>		<i>ivabradine hcl</i>	151	KIONEX.....	182
<i>ml</i>	262	<i>ivermectin</i>	97	KISQALI.....	86,87
<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2</i>		IWILFIN.....	78	KLOR-CON 10.....	175
<i>ml</i>	262	IXIARO VACCINE.....	236	KLOR-CON 8.....	175
<i>insulin syringe (disp) u-100</i>				KLOXXADO.....	32
<i>1ml</i>	262	J		KOMZIFTI.....	78
Insulins.....	129	JAIMIESS.....	207	KOSELUGO.....	87
INTELENCE.....	113	JAKAFI.....	86	KOURZEQ.....	165
INTRALIPID.....	180	JAKAFI XR.....	86	KRAZATI.....	87
INTRAROSA.....	206	<i>jantoven</i>	135	KRINTAFEL.....	98
INTROVALE.....	207	JARDIANCE.....	125	KRISTALOSE.....	183

KURVELO.....	208	levetiracetam.....	47	LOESTRIN FE.....	209
KYGEVVI.....	190	levetiracetam er.....	47	lofexidine hcl.....	31
KYLEENA.....	208	levobunolol hcl.....	247	LOJAIMIESS.....	209
KYMBEE.....	196	levocarnitine.....	180	LOKELMA.....	182
L		levocetirizine.....		lomustine.....	75
		dihydrochloride.....	250	LONSURF.....	79
		levofloxacin.....	44	loperamide.....	185
l-glutamine.....	190	levofloxacin-d5w.....	44	lopinavir-ritonavir.....	116
labetalol hcl.....	145	LEVONEST.....	208	lorazepam.....	121
lacosamide.....	53	levonorg-eth estrad eth.....		LORAZEPAM INTENSOL.....	122
lactulose.....	183,184	estrad.....	208	LORBRENA.....	88
lamivudine.....	114	levonorg-eth estrad-fe.....		LORYNA.....	209
lamivudine 100 mg tablet.....	117	bisglyc.....	208	losartan potassium.....	141
lamivudine-zidovudine.....	114	levonorgestrel-eth estradiol.....	208	losartan-	
lamotrigine.....	47	levorphanol tartrate.....	28	hydrochlorothiazide.....	151
lamotrigine (blue).....	47	levothyroxine sodium.....	217	LOTEMAX.....	246
lamotrigine (green).....	47	LEVOXYL.....	217	loteprednol etabonate.....	246
lamotrigine (orange).....	47	lidocaine.....	30	lovastatin.....	155
lansoprazol-amoxicil-		lidocaine hcl.....	30	LOW-OGESTREL.....	209
clarithro.....	186	lidocaine hcl viscous.....	30	loxapine.....	103
lansoprazole.....	187	lidocaine-prilocaine.....	30	lubiprostone.....	184
LANTUS.....	131	LIFYORLI.....	78	LUIZZA.....	209
LANTUS SOLOSTAR.....	131	LILETTA.....	208	LUMAKRAS.....	88
lapatinib.....	87	linezolid.....	35	LUPRON DEPOT.....	220
LARIN.....	208	linezolid-d5w.....	35	LUPRON DEPOT	
LARIN FE.....	208	LINZESS.....	184	(LUPANETA).....	220
latanoprost.....	248	LIOMNY.....	218	lurasidone hcl.....	107
LAZCLUZE.....	87	liothyronine sodium.....	218	LYBALVI.....	107
leflunomide.....	232	lisinopril.....	142	LYLEQ.....	215
lenalidomide.....	76	lisinopril-		LYLLANA.....	203
LENVIMA.....	87,88	hydrochlorothiazide.....	151	LYNPARZA.....	88
LEQEMBI IQLIK.....	55	LITFULO.....	226	LYSODREN.....	79
LEQSELVI.....	226	lithium carbonate.....	122	LYTGOBI.....	88,89
LESSINA.....	208	lithium carbonate er.....	122	LYZA.....	215
letrozole.....	80	lithium citrate.....	122	M	
leucovorin calcium.....	97	LITHOSTAT.....	194		
LEUKERAN.....	75	LIVTENCITY.....	116		
LEUKINE.....	229	LO LOESTRIN FE.....	208	M-M-R II VACCINE.....	237
leuprolide acetate.....	220	LOARGYS.....	190	Macrolides.....	42
levalbuterol concentrate.....	252	Local Anesthetics.....	30	magnesium sulfate.....	175,180
levalbuterol hcl.....	252	LOESTRIN.....	209	malathion.....	173
levalbuterol tartrate hfa.....	252			maraviroc.....	115

MARLISSA.....	209	<i>methazolamide</i>	248	Mineralocorticoid Receptor
MARPLAN.....	59	<i>methenamine hippurate</i>	35	Antagonists.....
Mast Cell Stabilizers.....	254	<i>methimazole</i>	222	<i>minocycline hcl</i>
MATERNACEL.....	180	<i>methocarbamol</i>	260	<i>minoxidil</i>
MATERVIA.....	180	<i>methotrexate</i>	232	MINZOYA.....
MATRONEX.....	180	<i>methotrexate sodium</i>	232	MIPLYFFA.....
MATULANE.....	75	<i>methoxsalen</i>	171	<i>mirabegron er</i>
MAVYRET.....	118	<i>methsuximide</i>	49	MIRENA.....
<i>meclizine hcl</i>	64	<i>methylphenidate</i>	160	<i>mirtazapine</i>
<i>medroxyprogesterone</i>		<i>methylphenidate er</i>	161	<i>misoprostol</i>
<i>acetate</i>	215	<i>methylphenidate er (la)</i>	161	<i>modafinil</i>
<i>mefloquine hcl</i>	98	<i>methylphenidate hcl</i>	161	MODEYSO.....
<i>megestrol acetate</i>	215	<i>methylphenidate hcl cd</i>	161	<i>moexipril hcl</i>
<i>megestrol acetate 40mg/ml oral</i>		<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	161	Molecular Target Inhibitors..
<i>suspension</i>	215	<i>methylphenidate la</i>	162	<i>molindone hcl</i>
MEKINIST.....	89	<i>methylphenidate sr</i>	162	<i>mometasone furoate</i>
MEKTOVI.....	89	<i>methylprednisolone</i>	196	Monoamine Oxidase B (MAO-
MELEYA.....	216	<i>methyltestosterone</i>	200	B) Inhibitors.....
<i>meloxicam</i>	27	<i>metoclopramide hcl</i>	65	Monoamine Oxidase
<i>memantine hcl</i>	56	<i>metolazone</i>	154	Inhibitors.....
<i>memantine hcl er</i>	56,57	<i>metoprolol succinate</i>	145	<i>montelukast sodium</i>
<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>		<i>metoprolol tartrate</i>	145	Mood Stabilizers.....
<i>er</i>	55	<i>metoprolol-</i>		<i>morphine sulfate</i>
MENOSTAR.....	203	<i>hydrochlorothiazide</i>	152	<i>morphine sulfate er</i>
MENQUADFI.....	237	<i>metronidazole</i>	35	MOUNJARO.....
MENVEO VACCINE.....	237	<i>metyrosine</i>	152	MOVANTIK.....
<i>meperidine hcl</i>	29	<i>mexiletine hcl</i>	143	<i>moxifloxacin</i>
<i>meprobamate</i>	121	MIBELAS 24 FE.....	209	<i>moxifloxacin hcl</i>
<i>mercaptopurine</i>	77	<i>micafungin</i>	68	MRESVIA.....
<i>meropenem</i>	42	<i>miconazole 3</i>	68	MULTAQ.....
<i>mesalamine</i>	239	MICROGESTIN.....	209	<i>multiple electrolytes t1</i>
<i>mesalamine dr</i>	239	MICROGESTIN FE.....	209	<i>ph7.4</i>
<i>mesalamine er</i>	240	<i>midodrine hcl</i>	140	Multiple Sclerosis Agents..
<i>mesna</i>	97	MIEBO.....	243	<i>mupirocin</i>
METABOLIC BONE DISEASE		<i>mifepristone</i>	220	<i>mycophenolate mofetil</i>
AGENTS.....	240	MIGERGOT.....	72	<i>mycophenolic acid</i>
Metabolic Bone Disease		<i>miglustat</i>	190	MYFEMBREE.....
Agents.....	240	MILI.....	209	MYFORTIC.....
<i>metformin hcl</i>	125	<i>milnacipran hcl</i>	163	MYHIBBIN.....
<i>metformin hcl er</i>	125	MIMVEY.....	210	MYQORZO.....
<i>methadone hcl</i>	28			MYTESI.....

N	NEUROGEN.....	136	<i>norgestimate-ethinyl</i>	
	NEUPRO.....	100	<i>estradiol</i>	210
N-methyl-D-aspartate (NMDA)	NEVANAC.....	246	NORTREL.....	211
Receptor Antagonist.....	<i>nevirapine</i>	113	<i>nortriptyline hcl</i>	64
<i>nabumetone</i>	<i>nevirapine er</i>	113	NOURIANZ.....	100
<i>nadolol</i>	NEXLETOL.....	152	NOVOLIN 70-30.....	131
<i>nafticillin sodium</i>	NEXLIZET.....	156	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	131
<i>naftifine hcl</i>	NEXPLANON.....	216	NOVOLIN N.....	131
<i>naloxone hcl</i>	NEXTSTELLIS.....	210	NOVOLIN N FLEXPEN.....	131
<i>naltrexone hcl</i>	<i>niacin er</i>	156	NOVOLIN R.....	132
<i>naproxen</i>	NICOTROL NS.....	32	NOVOLIN R FLEXPEN.....	132
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	<i>nifedipine</i>	146	NOVOLOG.....	132
<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	<i>nifedipine er</i>	146	NOVOLOG FLEXPEN.....	132
NATACYN.....	NIKKI.....	210	NOVOLOG MIX 70-30.....	132
NATAL PNV.....	<i>nilotinib d-tartrate</i>	89	NOVOLOG MIX 70-30	
NATAZIA.....	<i>nilotinib hcl</i>	89	FLEXPEN.....	132
<i>nateglinide</i>	<i>nilutamide</i>	76	NOVOLOG PENFILL.....	132
NAYZILAM.....	<i>nimodipine</i>	146,147	NUBEQA.....	76
<i>nebivolol hcl</i>	NINLARO.....	89	NUCALA.....	258,259
NECON.....	<i>nintedanib esylate</i>	256	NUPLAZID.....	107
<i>needles, insulin disp., safety</i>	<i>nitazoxanide</i>	98	NURTEC ODT.....	71
<i>nefazodone hcl</i>	NITRO-BID.....	158	NUTRILIPID.....	181
NEFFY.....	<i>nitrofurantoin</i>	35	NUVARING.....	211
NEO-VITAL RX.....	<i>nitrofurantoin mono-macro</i>	35	NYAMYC.....	68
NEOMATERNA.....	<i>nitroglycerin</i>	158	NYLIA.....	211
<i>neomycin sulfate</i>	<i>nitroglycerin patch</i>	158	NYMALIZE 60 MG/ML ORAL	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	NITROSTAT.....	158	SOLUTION.....	147
<i>neomycin-bacitracin-</i>	NIVESTYM.....	137	<i>nystatin</i>	68
<i>polymyxin</i>	<i>nizatidine</i>	187	<i>nystatin-triamcinolone</i>	171
<i>neomycin-polymyxin-</i>	Nonsteroidal Anti-inflammatory		NYSTOP.....	69
<i>dexameth</i>	Drugs.....	26	NYVEPRIA.....	137
<i>neomycin-polymyxin-</i>	NORA-BE.....	216		
<i>gramicidin</i>	NORDITROPIN FLEXPEN.....	199	O	
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	210	<i>octreotide acetate</i>	221
<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>norethindron-ethinyl</i>		ODACTRA.....	223
<i>hydrocort</i>	<i>estradiol</i>	210	ODEFSEY.....	114
NEORAL.....	<i>norethindrone</i>	216	ODOMZO.....	89
NEREUS.....	<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	216	OFEV.....	256
NERLYNX.....	<i>norethindrone acetate</i>	216	<i>ofloxacin</i>	44,244,249
NEUAC.....	<i>norethindrone-e.estradiol-</i>		OGSIVEO.....	79
NEULASTA.....	<i>iron</i>	210	OJEMDA.....	90

OJJAARA.....	90	ORENITRAM MONTH 1	<i>pazopanib hcl</i>	90
<i>olanzapine</i>	107	TITRATION KT.....	PEDIARIX.....	237
<i>olanzapine odt</i>	107	ORENITRAM MONTH 2	Pediculicides/Scabicides...	173
<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	58	TITRATION KT.....	PEDVAXHIB.....	237
<i>olmesartan medoxomil</i>	141	ORENITRAM MONTH 3	<i>peg 3350-electrolyte</i>	186
<i>olmesartan-</i>		TITRATION KT.....	<i>peg-3350 and electrolytes</i> ..	186
<i>hydrochlorothiazide</i>	152	ORGOVYX.....	<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-</i>	
OLUMIANT.....	226	ORIAHNN.....	<i>c</i>	186
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ..	156	ORKAMBI.....	PEGASYS.....	229
<i>omeprazole</i>	188	ORLYNVAH.....	PEMAZYRE.....	90
OMNITROPE.....	199	ORMALVI.....	PENBRAYA VACCINE.....	237
OMVOH.....	226	<i>orphenadrine citrate er</i>	<i>penciclovir</i>	119
OMVOH PEN.....	226	ORQUIDEA.....	<i>penicillamine</i>	195
ONAPGO.....	100	ORSERDU.....	<i>penicillin g potassium</i>	41
<i>ondansetron hcl</i>	66	<i>oseltamivir phosphate</i>	<i>penicillin g sodium</i>	41
<i>ondansetron odt</i>	66	OTEZLA.....	<i>penicillin gk-iso-osm</i>	
ONE NATAL RX.....	181	OTEZLA XR.....	<i>dextrose</i>	41
ONUREG.....	77	OTIC AGENTS.....	<i>penicillin v potassium</i>	41
OPHTHALMIC AGENTS... ..	243	Otic Agents.....	PENMENVY MEN A-B-C-W-	
Ophthalmic Agents, Other..	243	OTULFI.....	Y.....	237
Ophthalmic Anti-allergy		<i>oxacillin</i>	PENTACEL VACCINE.....	237
Agents.....	245	<i>oxacillin sodium</i>	<i>pentamidine isethionate</i>	98
Ophthalmic Anti-Infectives..	244	<i>oxazepam</i>	PENTASA.....	240
Ophthalmic Anti-		<i>oxcarbazepine</i>	<i>pentoxifylline</i>	152
inflammatories.....	245	<i>oxiconazole nitrate</i>	<i>perampanel</i>	47,48
Ophthalmic Beta-Adrenergic		<i>oxybutynin chloride</i>	<i>perindopril erbumine</i>	142
Blocking Agents.....	246	<i>oxybutynin chloride er</i>	<i>permethrin</i>	173
Ophthalmic Intraocular		<i>oxycodone hcl</i>	<i>perphenazine</i>	103
Pressure Lowering Agents,		<i>oxycodone-acetaminophen</i> ..	<i>perphenazine-amitriptyline</i> ..	58
Other.....	247	<i>oxymorphone hcl</i>	PERTZYE.....	190
Opioid Analgesics, Long-		<i>oxymorphone hcl er</i>	<i>phenelzine sulfate</i>	59
acting.....	27	OZEMPIC.....	<i>phenobarbital</i>	51
Opioid Analgesics, Short-		P	<i>phenoxybenzamine hcl</i>	140
acting.....	29	<i>paliperidone er</i>	PHENYTEK.....	54
Opioid Dependence.....	31	PANRETIN.....	<i>phenytoin</i>	54
Opioid Reversal Agents.....	32	<i>pantoprazole sodium</i>	<i>phenytoin sodium extended</i> ..	54
OPIPZA.....	108	Parasympathomimetics.....	Phosphate Binders.....	182
OPVEE.....	32	<i>paricalcitol</i>	Phosphodiesterase Inhibitors,	
ORENCIA.....	226	<i>paroxetine hcl</i>	Airways Disease.....	254
ORENCIA CLICKJECT.....	226	PAXLOVID.....	PHYRAGO.....	90
ORENITRAM ER.....	255		PIFELTRO.....	113

<i>pilocarpine hcl</i>	166,243,248	<i>prednisolone acetate</i>	246	<i>propranolol hcl</i>	145
<i>pimecrolimus</i>	170	<i>prednisolone sodium</i>		<i>propranolol hcl er</i>	146
<i>pimozide</i>	103	<i>phosphate</i>	197	<i>propylthiouracil</i>	222
PIMTREA.....	211	<i>prednisone</i>	197	PROQUAD.....	237
<i>pindolol</i>	145	PREDNISON INTENSOL.....	197	PROSOL.....	181
<i>pioglitazone hcl</i>	126	<i>pregabalin</i>	51	Protectants.....	187
<i>piperacillin-tazobactam</i>	41	<i>pregabalin er</i>	163	Proton Pump Inhibitors.....	187
PIQRAY.....	91	PREMARIN.....	203	<i>protriptyline hcl</i>	64
<i>pirfenidone</i>	256,257	PREMASOL.....	181	PRURADIK.....	173
<i>piroxicam</i>	27	PREMPHASE.....	211	Pulmonary	
PLASMA-LYTE A.....	175	PREMPRO.....	211	Antihypertensives.....	255
PLASMA-LYTE A PH 7.4... 175		<i>prenatal vitamin with minerals</i>		Pulmonary Fibrosis Agents.....	256
Platelet Modifying Agents... 138		<i>and folic acid greater than 0.8</i>		PULMOZYME.....	253
PLENAMINE.....	190	<i>mg oral tablet</i>	181	PYQUVI.....	197
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	61	PRENOVA.....	181	<i>pyrazinamide</i>	74
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	61	<i>pretomanid</i>	74	<i>pyridostigmine bromide</i>	73
<i>podofilox</i>	172	PREVALITE.....	156	<i>pyridostigmine bromide er</i> ... 73	
<i>polymyxin b sul-</i>		PREVYMIS.....	117	<i>pyrimethamine</i>	99
<i>trimethoprim</i>	244	PREZCOBIX.....	116	PYRUKYND.....	190,191
<i>polymyxin b sulfate</i>	35	PREZISTA.....	116	PYRUKYND 20 MG	
POMALYST.....	76	PRIFTIN.....	74	TABLET.....	191
PONVORY.....	164	<i>primaquine</i>	99	PYRUKYND 5 MG TABLET.....	191
PORTIA.....	211	<i>primidone</i>	51	PYRUKYND 50 MG	
<i>posaconazole</i>	69	PRIORIX.....	237	TABLET.....	191
Potassium Binders.....	182	<i>probenecid</i>	70		
<i>potassium chloride</i>	175	<i>probenecid-colchicine</i>	70	Q	
<i>potassium chloride proamp</i>	176	<i>prochlorperazine</i>	65	QBREXZA.....	172
<i>potassium chloride-0.45%</i>		<i>prochlorperazine maleate</i> ... 65		QINLOCK.....	91
<i>nacl</i>	176	PROCRIT.....	137	QUADRACEL DTAP-IPV... 237	
<i>potassium chloride-0.9%</i>		PROCTO-MED HC.....	170	<i>quetiapine fumarate</i>	108
<i>nacl</i>	176	PROCTOSOL-HC.....	170	<i>quetiapine fumarate er</i>	108
<i>potassium chloride-water</i> ... 176		PROCTOZONE-HC.....	170	<i>quinapril hcl</i>	142
<i>potassium citrate er</i>	176	<i>progesterone</i>	216	<i>quinidine gluconate</i>	143
<i>pramipexole</i>		Progestins.....	214	<i>quinidine sulfate</i>	144
<i>dihydrochloride</i>	100	PROGRAF.....	233	<i>quinine sulfate</i>	99
<i>prasugrel hcl</i>	139	PROLASTIN C.....	190	Quinolones.....	43
<i>pravastatin sodium</i>	155	PROLIA.....	242	QVAR REDHALER.....	250
<i>praziquantel</i>	98	<i>promethazine hcl</i>	65		
<i>prazosin hcl</i>	140	PROMETHEGAN.....	65	R	
PRED MILD.....	246	<i>propafenone hcl</i>	143	RABAVERT VACCINE.....	238
<i>prednisolone</i>	196	<i>propafenone hcl er</i>	143	<i>rabeprazole sodium</i>	188

RADICAVA ORS.....	159	RINVOQ LQ.....	227	Selective Estrogen Receptor
RALDESY.....	61	<i>risedronate sodium</i>	242	Modifying Agents.....
<i>raloxifene hcl</i>	216	<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>		<i>selegiline hcl</i>
<i>ramelteon</i>	260	(dose pack of 12).....	242	<i>selenium sulfide</i>
<i>ramipril</i>	142	<i>risperidone</i>	109	SEREVENT DISKUS.....
<i>ranolazine er</i>	152	<i>risperidone er</i>	109	Serotonin (5-HT) Receptor
<i>rasagiline mesylate</i>	101	<i>risperidone odt</i>	109	Agonists.....
RAYALDEE.....	242	<i>ritonavir</i>	116	<i>sertraline hcl</i>
RECLIPSEN.....	211	<i>rivaroxaban</i>	135	SETLAKIN.....
RECOMBIVAX HB.....	238	<i>rivastigmine</i>	56	<i>sevelamer carbonate</i>
REDEMPLO.....	157	RIVELSA.....	211	<i>sevelamer hcl</i>
RELENZA.....	118	RIVFLOZA.....	191	SHAROBEL.....
RELEUKO.....	137	<i>rizatriptan</i>	72	SHINGRIX VACCINE.....
RELISTOR.....	184	ROCKLATAN.....	248	SIGNIFOR.....
<i>repaglinide</i>	126	<i>roflumilast</i>	254	SIKLOS.....
REPATHA SURECLICK.....	157	ROLVEDON.....	138	<i>sildenafil</i>
REPATHA SYRINGE.....	157	ROMVIMZA.....	91	<i>sildenafil citrate</i>
Respiratory Tract Agents,		<i>ropinirole hcl</i>	101	SILIQ.....
Other.....	257	<i>rosuvastatin calcium</i>	155	SILVADENE.....
RESPIRATORY		ROSYRAH.....	211	<i>silver sulfadiazine</i>
TRACT/PULMONARY		ROTARIX.....	238	SIMPONI.....
AGENTS.....	249	ROTATEQ.....	238	<i>simvastatin</i>
RETACRIT.....	137	ROZLYTREK.....	91,92	<i>sirolimus</i>
RETEVMO.....	91	RUBRACA.....	92	SIRTURO.....
Retinoids.....	96	<i>rufinamide</i>	54	<i>sitagliptin</i>
REVCovi.....	191	RUKOBIA.....	115	<i>sitagliptin phos-metformin</i> ..
REVUFORJ.....	79	RYDAPT.....	92	<i>sitagliptin phos-metformin</i>
REXULTI.....	108	S		<i>er</i>
REYATAZ.....	116			<i>sitagliptin phosphate</i>
REZDIFFRA.....	218	<i>sacubitril-valsartan</i>	152	<i>sitagliptin-metformin</i>
REZLIDHIA.....	91	SAFYRAL.....	211	<i>sitagliptin-metformin er</i>
REZUROCK.....	223	SAJAZIR.....	222	SIVEXTRO.....
RHOPRESSA.....	248	SANDIMMUNE.....	233	SKELETAL MUSCLE
<i>ribavirin</i>	118	SANTYL.....	172	RELAXANTS.....
<i>rifabutin</i>	73	SAPHNELO.....	227	Skeletal Muscle Relaxants..
<i>rifampin</i>	74	SAPHNELO PEN.....	227	SKYCLARYS.....
<i>rilpivirine</i>	113	<i>sapropterin dihydrochloride</i> ..	191	SKYLA.....
<i>rilpivirine hcl</i>	113	SCEMBLIX.....	92	SKYRIZI.....
<i>riluzole</i>	159	<i>scopolamine</i>	65	SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-
<i>rimantadine hcl</i>	118	SECUADO.....	109	BODY.....
RINVOQ.....	226			SKYRIZI ON-BODY.....

SKYRIZI PEN.....	227	SSRIs/SNRIs (Selective	SYNTHROID.....	218
SKYTROFA.....	199	Serotonin Reuptake		
SLEEP DISORDER		Inhibitor/Serotonin and	T	
AGENTS.....	260	Norepinephrine Reuptake	TABLOID.....	77
Sleep Promoting Agents.....	260	Inhibitor).....	TABRECTA.....	79
SLYND.....	212	STEQEYMA.....	<i>tacrolimus</i>	170,234
Smoking Cessation Agents..	32	STIMUFEND.....	<i>tacrolimus xl</i>	234
<i>sod sulf-potass sulf-mag</i>		STIOLTO RESPIMAT.....	<i>tadalafil</i>	194
<i>sulf</i>	186	STIVARGA.....	<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca</i>	
Sodium Channel Agents.....	52	<i>streptomycin sulfate</i>	<i>generic</i>).....	256
<i>sodium chloride</i>	176	STRIBILD.....	TADLIQ.....	256
<i>sodium chloride-water</i>	177	STRIVERDI RESPIMAT....	TAFINLAR.....	93
<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride</i>		SUBVENITE.....	TAGRISSO.....	93
<i>ion 1 mg) oral tablet</i>	177	SUBVENITE (BLUE).....	TAKHZYRO.....	222
<i>sodium oxybate</i>	261	SUBVENITE (GREEN).....	TALICIA.....	186
<i>sodium phenylbutyrate</i>	191	SUBVENITE (ORANGE)....	TALTZ 80 MG/ML	
<i>sodium polystyrene</i>		<i>sucralfate</i>	AUTOINJECTOR.....	228
<i>sulfonate</i>	182	<i>sulfacetamide sodium</i> ... 44,245	TALTZ 80 MG/ML	
<i>sodium sulfacetamide</i>	44	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> 243	SYRINGE.....	228
<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	118	<i>sulfadiazine</i>	TALTZ SYRINGE.....	228
SOGROYA.....	199	<i>sulfamethoxazole-</i>	TALZENNA.....	93
SOHONOS.....	242	<i>trimethoprim</i>	<i>tamoxifen citrate</i>	77
<i>solifenacin succinate</i>	193	SULFAMYLLON.....	<i>tamsulosin hcl</i>	194
SOLOSEC.....	36	<i>sulfasalazine</i>	TARINA 24 FE.....	212
SOLTAMOX.....	77	<i>sulfasalazine dr</i>	TARINA FE.....	212
SOMAVERT.....	221	Sulfonamides.....	TARINA FE 1-20 EQ.....	212
<i>sorafenib</i>	92	<i>sulindac</i>	TARPEYO.....	223
<i>sotalol</i>	144	<i>sumatriptan</i>	TASCENSO ODT.....	165
SOTALOL AF.....	144	<i>sumatriptan succinate</i>	<i>tasimelteon</i>	260
SOTYKTU.....	227	<i>sunitinib malate</i>	TAVNEOS.....	224
SPEVIGO.....	172,227	SUNLENCA.....	<i>tazarotene</i>	167
SPIRIVA RESPIMAT.....	251	SUPPLIES.....	TAZICEF.....	38
<i>spironolactone</i>	157	Supplies.....	<i>telmisartan</i>	141
<i>spironolactone-hctz</i>	152	SUTAB.....	<i>temazepam</i>	260
SPRINTEC.....	212	SYEDA.....	TENIVAC.....	238
SPS.....	183	SYMDEKO.....	<i>tenofovir disoproxil</i>	
SSD.....	172	SYMPAZAN.....	<i>fumarate</i>	117
		SYMTUZA.....	TEPMETKO.....	79
		SYNAREL.....	<i>terazosin hcl</i>	140
		SYNJARDY.....	<i>terbinafine hcl</i>	69
		SYNJARDY XR.....	<i>terconazole</i>	69

<i>teriflunomide</i>	165	<i>tofacitinib citrate</i>	228	<i>triamterene</i>	154
<i>teriparatide</i>	242	<i>tofacitinib citrate er</i>	228	<i>triamterene-</i>	
<i>testosterone</i>	200	<i>tolcapone</i>	100	<i>hydrochlorothiazid</i>	152
<i>testosterone cypionate</i>	200	<i>tolterodine tartrate</i>	193	<i>triazolam</i>	261
<i>testosterone enanthate</i>	201	<i>tolterodine tartrate er</i>	194	Tricyclics.....	63
<i>tetrabenazine</i>	163	<i>tolvaptan</i>	177	TRIDERM.....	171
<i>tetracycline hcl</i>	45	Topical Anti-infectives.....	173	<i>trientine hcl</i>	178
Tetracyclines.....	45	<i>topiramate</i>	48,49	<i>trifluoperazine hcl</i>	103
TEZSPIRE.....	259	<i>toremifene citrate</i>	77	<i>trifluridine</i>	245
THALOMID.....	76	TORPENZ.....	93	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	99
<i>theophylline</i>	254	<i>torsemide</i>	154	TRIKAFTA.....	254
<i>theophylline 80 mg/15ml oral</i>		TPN ELECTROLYTES.....	181	<i>trimethobenzamide hcl</i>	65
<i>solution</i>	254	TRADJENTA.....	127	<i>trimethoprim</i>	36
<i>theophylline anhydrous</i>	254	<i>tramadol hcl</i>	30	<i>trimipramine maleate</i>	64
<i>theophylline er</i>	255	<i>trandolapril</i>	142	TRINTELLIX.....	62
<i>thioridazine hcl</i>	103	<i>tranexamic acid</i>	138	TRIUMEQ.....	114
<i>thiothixene</i>	103	<i>tranylcypromine sulfate</i>	59	TRIUMEQ PD.....	115
THYQUIDITY.....	218	TRAVASOL.....	181	TROPHAMINE.....	181
TIADYL ER.....	148	<i>travoprost</i>	248	<i>tropium chloride</i>	194
<i>tiagabine hcl</i>	52	<i>trazodone hcl</i>	62	<i>tropium chloride er</i>	194
TIBSOVO.....	93	Treatment Adjuncts.....	97	TRULANCE.....	184
<i>ticagrelor</i>	139	Treatment-Resistant.....	110	TRULICITY.....	127
TICOVAC.....	238	TRELEGY ELLIPTA.....	259	TRUMENBA.....	238
<i>tigecycline</i>	36	TRELSTAR.....	221	TRUQAP.....	93
TIGLUTIK 50 MG/10 ML		TREMFYA.....	228	TRYNGOLZA.....	157
SUSP.....	159	TREMFYA 100 MG/ML		TUKYSA.....	94
TILIA FE.....	212	PEN.....	228	TURALIO.....	94
<i>timolol maleate</i>	146,247	TREMFYA PEN.....	228	TURQOZ.....	213
<i>tinidazole</i>	36	TREMFYA PEN INDUCTION (2		TWINRIX.....	238
<i>tiopronin</i>	195	PEN).....	228	TWIRLA.....	213
<i>tiotropium bromide</i>	251	<i>tretinoin</i>	97,167	TYBLUME.....	213
TIROSINT-SOL.....	218	TRI-ESTARYLLA.....	212	TYDEMY.....	213
TIVICAY.....	112	TRI-LEGEST FE.....	212	TYENNE.....	234
TIVICAY PD.....	112	TRI-LO-ESTARYLLA.....	212	TYENNE AUTOINJECTOR	234
<i>tizanidine hcl</i>	111	TRI-LO-SPRINTEC.....	212	TYMLOS.....	242
TOBI PODHALER.....	254	TRI-MILI.....	212	TYPHIM VI.....	238
TOBRADEX.....	243	TRI-SPRINTEC.....	213	TYRVAYA.....	244
<i>tobramycin</i>	245,254	TRI-VYLIBRA.....	213		
<i>tobramycin sulfate</i>	33	TRI-VYLIBRA LO.....	213		
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	243	<i>triamcinolone</i>			
TOBREX.....	245	<i>acetonide</i>	166,170		

U

UBRELVY.....	71
UNITHROID.....	219

<i>ursodiol</i>	186	<i>verapamil sr</i>	149	Wakefulness Promoting Agents.....	261
V		VERQUVO.....	153	<i>warfarin sodium</i>	135
VABOMERE.....	42	VERSACLOZ.....	110	WEGOVY.....	128,153
Vaccines.....	235	VERZENIO.....	94	WELIREG.....	192
<i>valacyclovir</i>	119	VESTURA.....	213	WESNATAL DHA COMPLETE.....	182
VALCHLOR.....	172	VIBERZI.....	185	WINREVAIR (2 PACK).....	259
<i>valganciclovir hcl</i>	117	VIENVA.....	213	WINREVAIR 45 MG VIAL..	259
<i>valproic acid</i>	49	<i>vigabatrin</i>	52	WINREVAIR 60 MG VIAL..	259
<i>valsartan</i>	141	VIGADRONE.....	52	WIXELA INHUB.....	259
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	153	VIGAFYDE.....	52	WYMZYA FE.....	214
VALTOCO.....	52	<i>vilazodone hcl</i>	63		
VALTYA.....	213	VIMKUNYA.....	239	X	
<i>vancomycin hcl</i>	36	VIOKACE.....	192	XALKORI.....	95
VANFLYTA.....	94	VIORELE.....	213	XARAH FE.....	214
VANRAFIA.....	153	VIRACEPT.....	116	XARELTO.....	135
VAQTA.....	238	VIREAD.....	117	XATMEP.....	234
<i>varenicline tartrate</i>	32	VITALARA.....	182	XCOPRI.....	54
VARIVAX VACCINE.....	239	VITRAKVI.....	95	XDEMVI.....	245
Vasodilators, Direct-acting Arterial.....	157	VIVITROL.....	32	XELRIA FE.....	214
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous.....	158	VIVOTIF.....	239	XERMELO.....	185
VAXCHORA VACCINE.....	239	VONJO.....	95	XIFAXAN.....	36
VELIVET.....	213	VOQUEZNA DUAL PAK... ..	186	XIGDUO XR.....	128
VELSIPITY.....	186	VOQUEZNA TRIPLE PAK..	186	XIIDRA.....	244
VEMLIDY.....	117	VORANIGO.....	95	XOCOVA.....	120
VENCLEXTA.....	94	<i>voriconazole</i>	69	XOFLUZA.....	118,119
VENCLEXTA 10 MG TABLET.....	94	<i>voriconazole 200 mg vial</i>	69	XOLAIR.....	228
VENCLEXTA STARTING PACK.....	94	VOSEVI.....	118	XOLREMDI.....	138
<i>venlafaxine besylate er</i>	62	VOWST.....	187	XOSPATA.....	96
<i>venlafaxine hcl</i>	62	VOYDEYA.....	224	XPOVIO.....	96
<i>venlafaxine hcl er</i>	62	VOYXACT.....	153	XROMI.....	192
VENXXIVA.....	195	VRAYLAR.....	109	XTANDI.....	76
VEOZAH.....	163	VUMERITY.....	165	XULANE.....	214
<i>verapamil er</i>	148	VYFEMLA.....	214		
<i>verapamil er pm</i>	149	VYKAT XR.....	129	Y	
<i>verapamil hcl</i>	149	VYLIBRA.....	214	YARGESA.....	192
		VYNDAMAX.....	192	YASMIN 28.....	214
		VYVGART HYTRULO.....	73	YAZ.....	214
		VYZULTA.....	248	YESINTEK.....	229
W				YF-VAX.....	239
WAINUA.....	192				

YONSA.....	76
YULITHIRA.....	234
YUVAFEM.....	203

Z

ZAFEMY.....	214
<i>zafirlukast</i>	251
<i>zaleplon</i>	261
ZARXIO.....	138
ZAVZPRET.....	71
ZEJULA.....	96
ZELBORAF.....	96
ZELSUVMI.....	174
ZENATANE.....	167
ZENBEXUS.....	78
ZENPEP.....	192
ZERBAXA.....	39
ZEVTERA.....	39
<i>zidovudine</i>	115
ZIEXTENZO.....	138
ZILBRYSQ.....	229
<i>ziprasidone hcl</i>	109
<i>ziprasidone mesylate</i>	109
ZIRGAN.....	245
ZOLINZA.....	79
<i>zolmitriptan</i>	72
<i>zolmitriptan odt</i>	72
<i>zolpidem tartrate</i>	261
<i>zolpidem tartrate er</i>	261
ZOMACTON.....	200
ZONISADE.....	54
<i>zonisamide</i>	55
ZORTRESS.....	235
ZORYVE.....	172
ZOVIA 1-35.....	214
ZTALMY.....	52
ZURNAL.....	32
ZURZUVAE.....	58
ZYKADIA.....	96
ZYMFENTRA.....	235
ZYMFENTRA PEN.....	235

Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete

Método	Servicios para Miembros: información de contacto
TELÉFONO	1-877-412-2734 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre). Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete también cuenta con servicios de interpretación gratuitos para las personas que no hablan inglés.
TTY	711 Las llamadas a este número son gratuitas. Puede llamar a Servicios para Miembros de CalOptima Health OneCare Complete de 8 a. m. a 8 p. m., los 7 días de la semana (del 1.º de octubre al 31 de marzo), y de 8 a. m. a 8 p. m., de lunes a viernes (del 1.º de abril al 30 de septiembre).
FAX	1-714-246-8711
CORREO POSTAL	CalOptima Health OneCare Complete Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
CORREO ELECTRÓNICO	OneCarecustomerservice@caloptima.org
SITIO WEB	www.caloptima.org/OneCare