

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

فهرست داروهای تحت پوشش 2025 (لیست فرمولی داروها)

لطفا بخوانید: این سند حاوی اطلاعاتی در مورد داروهایی است که ما در این طرح پوشش می دهیم

این فهرست فرمول دارویی در تاریخ 10/01/2024 به روز شد.

برای اطلاعات به روز رسانی شده یا در صورت داشتن هرگونه پرسشی، با ما با شماره **1-877-412-2734 (711) TTY** ، در 7

هفته و 24 ساعت شبانه روز تماس بگیرید یا از وبسایت ما بازدید کنید
روز
www.caloptima.org/OneCare

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

فهرست داروهای تحت پوشش 2025 (لیست فرمولی داروها)

معرفی

این سند فهرست داروهای تحت پوشش (همچنین به عنوان فهرست دارو شناخته می شود) نامیده می شود. این فهرست به شما اطلاع می دهد که کدام داروهای تجویزی تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete هستند. فهرست دارو همچنین به شما می گوید که آیا قوانین یا محدودیت خاصی در مورد داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete وجود دارد یا خیر. اصطلاحات کلیدی و تعاریف آنها در آخرین فصل کتابچه راهنمای اعضا آمده است.

فهرست مطالب

- A. اعلامیه سلب مسئولیت 4
- B. (FAQ) پرسشهای متداول 11
 - B1 . چه داروهایی در لیست داروهای تحت پوشش قرار دارند؟ (ما فهرست داروهای تحت پوشش را به اختصار «فهرست دارو» می نامیم.) 11
 - B2 . آیا لیست دارو هرگز تغییر می کند؟ 11
 - B3 . هنگامی که تغییری در فهرست دارو ایجاد می شود چه اتفاقی می افتد؟ 12
 - B4 . آیا محدودیت یا انحصاری برای پوشش دارو یا اقدامات لازم برای دریافت داروهای خاص وجود دارد؟ 14
 - B5 . چگونه می توانم بفهمم که داروی مورد نظر من محدودیت هایی دارد یا نیاز به انجام اقداماتی قبل از دریافت دارو وجود دارد؟ 14
 - B6 . چه اتفاقی می افتد اگر CalOptima Health OneCare Complete قوانین خود را در مورد نحوه پوشش برخی داروها تغییر دهد (به عنوان مثال، مجوز قبلی، محدودیت های مقدار و/یا محدودیت های درمانی مرحله ای)؟ 14
 - B7 . چگونه می توانم یک دارو را در فهرست داروها پیدا کنم؟ 14
 - B8 . اگر دارویی که می خواهم مصرف کنم در لیست دارو نباشد چه می شود؟ 15
 - B9 . اگر من یک عضو جدید CalOptima Health OneCare Complete باشم و نتوانم داروی خود را در فهرست دارو پیدا کنم یا در دریافت داروی خود مشکل داشته باشم، چه؟ 15
 - B10 . آیا می توانم برای پوشش داروی خود استثناء درخواست کنم؟ 17
 - B11 . چگونه می توانم درخواست استثناء کنم؟ 17
 - B12 . چه مدت طول می کشد تا استثناء دریافت شود؟ 17
 - B13 . داروهای ژنریک چه داروهایی هستند؟ 17

اگر پرسشی دارید می توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره



1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

- B14. محصولات بیولوژیکی اصلی چیست و چگونه با بیوسیملاها مرتبط است؟..... 17
- B15. داروهای OTC چه داروهایی هستند؟..... 18
- B16. آیا CalOptima Health OneCare Complete محصولات OTC غیر دارویی را پوشش می دهد؟..... 18
- B17. آیا CalOptima Health OneCare Complete منابع طولانی مدت نسخه ها را پوشش می دهد؟..... 18
- B18. آیا می توانم داروهای نسخه ای را از داروخانه محلی خود در منزل تحویل گیرم؟..... 18
- B19. سهم هزینه یا copay من چیست؟..... 18
- C. مروری بر فهرست داروهای تحت پوشش..... 19
- C1. فهرست داروها بر اساس شرایط پزشکی..... 20
- D. فهرست داروهای تحت پوشش..... I-1

اگر پرسشی دارید می‌توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره

1-877-412-2734 (TTY 711) ، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



A. اعلامیه سلب مسئولیت

این لیستی از داروهایی است که اعضا می توانند در CalOptima Health OneCare Complete دریافت کنند.

Medicare Advantage تحت قرارداد Medicare و Medi-Cal است. ثبت نام در CalOptima Health OneCare بستگی به تجدید قرارداد دارد. CalOptima Health OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی می کند و بر اساس نژاد، رنگ، منشاء ملی، سن، ناتوانی یا جنسیت تبعیض قائل نمی شود. با بخش خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare با شماره رایگان **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. به وبسایت ما سر بزنید www.caloptima.org/OneCare.

❖ شما همیشه می توانید فهرست به روز رسانی شده داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete را به صورت آنلاین در www.caloptima.org/OneCare یا با تماس با **1-877-412-2734 (TTY 711)** بررسی کنید. در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته این تماس رایگان است.

❖ می توانید این سند را به صورت رایگان در قالب های دیگر مانند چاپ بزرگ، بریل یا صوتی دریافت کنید. با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

اطلاعیه دسترسی به خدمات زبانی

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.

Arabic

تنبيه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في لغتك، اتصل بالرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)** تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة برايل والطباعة الكبيرة. اتصل بالرقم **1-877-412-2734 (TTY 711)** هذه الخدمات مجانية.

Armenian

Ուշադրութեամբ: Եթե Ձեր լեզվով օգնություն կարիք ունեք, գանգահարեք **1-877-412-2734 (TTY 711)** հեռախոսահամարով: Հաշմանդամ մարդկանց

اگر پرسشی دارید می توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره



1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

տրամադրվող աջակցությունները և ծառայությունները, ինչպիսիք են բրայլյան այբուբենով և խոշոր տպագիր փաստաթղթերը, նույնպես հասանելի են: Չանգահարեք **1-877-412-2734** (TTY` **711**) հեռախոսահամարով: Այս ծառայություններն անվճար են:

Chinese Simplified

注意: 如果您需要以您的语言获得帮助, 请致电 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。也为残障人士提供帮助和服务, 例如盲文和大字体的文件。请致电 **1-877-412-2734** (TTY **711**)。这些服务是免费的。

Chinese Traditional

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

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੰਜਾਬੀ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ ਇੱਥੇ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**)। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-877-412-2734** (TTY **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Hindi

ध्यान दें: अगर आपको हिन्दी भाषा में सहायता चाहिए, तो **1-877-412-2734** (TTY **711**) पर कॉल करें। विकलांगता वाले लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं। **1-877-412-2734** (TTY **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।

اگر پرسشی دارید میتوانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره



1-877-412-2734 (TTY 711), تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

Hmong

CEEB TOOM: Yog tias koj xav tau kev pab ua yog lus Hmong, hu rau **1-877-412-2734** (TTY 711). Cov kev pab thiab kev pabcuam rau cov neeg tsis taus, zoo li cov ntaub ntawv nyob rau hauv daim ntawv Braille thiab luam ntawv loj, kuj muaj. Hu rau **1-877-412-2734** (TTY 711). Cov kev pab cuam no pub dawb.

Japanese

注：お客様の言語でのお手伝いが必要な場合は、**1-877-412-2734** (TTY 711) までお電話ください。障害をお持ちの方のために、点字や大きな文字での文書など支援とサービスをご用意しています。**1-877-412-2734** (TTY 711) までお電話ください。これらのサービスは無料でご利用いただけます。

Korean

주의: 귀하의 언어로 도움이 필요하시면 번호 **1-877-412-2734** (TTY 711)번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 글자 문서와 같은 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 번호 **1-877-412-2734**(TTY 711)번으로 전화하십시오. 이 서비스는 무료입니다.

Laotian

ການເອົາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາລາວ, ໂທຫາ **1-877-412-2734** (TTY 711). ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ເປັນຕົວພິມໃຫຍ່,

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره



(TTY 711) 1-877-412-2734، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

ແມ່ນຍັງມີຢູ່. ໂທຫາ **1-877-412-2734** (TTY 711).
ການບໍລິການແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

Mien

CAU FIM JANGX LONGX: Se gorngv meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac, douc waac lorz taux **1-877-412-2734** (TTY 711). Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jau-louc tengx ziux goux waaic fangx mienh, dorh sou zoux benx braille, nqaapv bieqc domh zei-linh. Douc waac lorz taux **1-877-412-2734** (TTY 711). Naaiv deix gong-bou jau-louc benx wangv-henh tengx hhangv oc.

Mon-Khmer, Cambodian

ប្រុងស្មារតី៖ បើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាខ្មែរ ទូរស័ព្ទទៅ លេខ **1-877-412-2734** (TTY 711)។ ជំនួយ និងសេវាសម្រាប់មនុស្សដែលពិការ ដូចជាឯកសារនៅក្នុងអក្សរព្រិល និង អក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទទៅ លេខ **1-877-412-2734** (TTY 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃទេ។

Persian (Farsi)

توجه: اگر به زبان خود نیاز به کمک دارید، با شماره **1-877-412-2734** (TTY 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند مطالب با خط بریل و چاپ بزرگ نیز در دسترس است. شماره تماس **1-877-412-2734** (TTY 711). این خدمات رایگان هستند.

Russian

ВНИМАНИЕ. Если вы хотите получить поддержку на своем языке, звоните по тел. **1-877-412-2734** (TTY 711). Также доступны вспомогательные устройства и услуги для людей с

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره



1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

ограниченными возможностями, например, документы, напечатанные шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Обращайтесь по тел. **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Услуги предоставляются бесплатно.

Spanish

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**. También se encuentran disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y letra grande. Llame al **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog

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

Thai

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ ให้โทรศัพท์ไปที่ **1-877-412-2734 (TTY 711)**

การให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารในภาษาเบรลล์และเอกสารที่มีตัวพิมพ์ขนาดใหญ่ ยังมีให้บริการ โทรศัพท์ **1-877-412-2734 (TTY 711)** บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

اگر پرسشی دارید می‌توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره



تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به **1-877-412-2734 (TTY 711)** ، مراجعه نمایید. www.caloptima.org/OneCare

Ukrainian

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою мовою, зателефонуйте на номер **1-877-412-2734** (телетайп **711**). Доступні допоміжні засоби й послуги для людей з обмеженими можливостями, зокрема документація, надрукована шрифтом Брайля, а також із великим розміром тексту. Телефонуйте на номер **1-877-412-2734** (телетайп **711**). Ці послуги надаються безкоштовно.

Vietnamese

XIN LƯU Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, xin gọi số **1-877-412-2734** (TTY **711**). Chúng tôi cũng trợ giúp và cung cấp dịch vụ cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi braille và chữ in khổ lớn. Xin gọi số **1-877-412-2734** (TTY **711**). Những dịch vụ này đều miễn phí.

Gujurati

ધ્યાન આપો: જો આપ ગુજરાતીમાં સહાયતા ઇચ્છો છો તો, કોલ કરો **1-877-412-2734** (TTY **711**). વિકલાંગ વ્યક્તિઓ માટે મદદ અને સેવા, જેમ કે બ્રેઇલમાં દસ્તાવેજો અને મોટા અક્ષરની પ્રિન્ટ, પણ ઉપલબ્ધ છે. કોલ કરો **1-877-412-2734** (TTY **711**). આ સેવાઓ મફત છે.

Portuguese

ATENÇÃO: Se você precisa de ajuda no seu idioma, ligue para **1-877-412-2734** (TTY **711**). Estão disponíveis também auxílio e serviços (documentos em braile ou impressão grande) para

اگر پرسشی دارید می‌توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره



1-877-412-2734 (TTY 711) ، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

peessoas com deficiências. Ligue para **1-877-412-2734** (TTY **711**). Todos esses serviços são gratuitos.

Romanian

ATENȚIE: Dacă aveți nevoie de ajutor în limba dumneavoastră, sunați la **1-877-412-2734** (TTY **711**). Pentru persoanele cu dizabilități sunt disponibile diferite facilități și servicii, precum documente în Braille și în format mare. Sunați la **1-877-412-2734** (TTY **711**). Aceste servicii sunt gratuite.

Turkish

DİKKAT: Kendi dilinizde yardım almak için **1-877-412-2734** (TTY **711**) numaralı telefonu arayabilirsiniz. Engelli bireyler için Braille alfabesi ve büyük punto ile yazılmış belgeler gibi yardım ve hizmetlerimiz bulunmaktadır. **1-877-412-2734** (TTY **711**) numaralı telefonu arayabilirsiniz. Bu hizmetler ücretsizdir.

Urdu

توجہ: اگر آپ کو اردو میں مدد چاہیے تو، **1-877-412-2734** (TTY **711**)۔ معذور افراد کے لیے امداد اور خدمات، جیسے بریل اور بڑے پرنٹ میں دستاویزات، بھی دستیاب ہیں۔ **1-877-412-2734** (TTY **711**) پر کال کریں۔ یہ خدمات مفت ہیں۔

- ❖ این سند به صورت رایگان به زبان های عربی، چینی، فارسی، کره ای، اسپانیایی و ویتنامی در دسترس است.
- ❖ همچنین می‌توانید برای دریافت مطالب به زبان های دیگر و/یا قالب جایگزین یک درخواست دائمی ارائه دهید:
- مدارک دیگر به زبانهای عربی، چینی، فارسی، کره ای، اسپانیایی و ویتنامی در دسترس می باشند.
- مطالب در فرمتهای دیگر به صورت چاپ درشت، بریل ضبط شده در CD و صوتی میباشند.

اگر پرسشی دارید می‌توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره



1-877-412-2734 (TTY **711**)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

- ما درخواست دائمی شما را در سیستم خود حفظ میکنیم تا برای ارسال اطلاعات و مکاتبات در آینده استفاده شود برای حذف یا تغییر درخواست دائمی لطفاً با خدمات مشتریان با شماره **1-877-412-2734 (711TTY)**، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

B. پرسشهای متداول (FAQ)

در اینجا پاسخ به سوالاتی را که در مورد این فهرست داروهای تحت پوشش دارید بیابید. برای کسب اطلاعات بیشتر یا جستجوی پرسش و پاسخ، می‌توانید تمام سوالات متداول را بخوانید.

B1 . چه داروهایی در لیست داروهای تحت پوشش قرار دارند؟ (ما فهرست داروهای تحت پوشش را به اختصار «فهرست دارو» می‌نامیم.)

داروهای موجود در فهرست داروهای تحت پوشش که در قسمت C1 شروع می‌شود، داروهایی هستند که تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete قرار دارند. این داروها در داروخانه‌های زیر شبکه ما در دسترس هستند. یک داروخانه در صورتی زیر شبکه ما خواهد بود، اگر با آنها توافق کنیم که با ما کار کنند و خدماتی را به شما ارائه دهند. ما از این داروخانه‌ها به عنوان «داروخانه‌های زیر شبکه» یاد می‌کنیم.

سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین‌ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب‌سایت Medi-Cal Rx در www.medi-calrx.dhcs.ca.gov مراجعه کنید. همچنین می‌توانید با مرکز خدمات مشتری Medi-Cal Rx به شماره 1-800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی عضویت (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.

- CalOptima Health OneCare Complete تمام داروهای ضروری پزشکی موجود در فهرست دارو را پوشش می‌دهد اگر:

- پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها تشخیص داده‌اند که برای بهبود یا سالم ماندن به آنها نیاز دارید،

- CalOptima Health OneCare Complete موافقت می‌کند که دارو از نظر پزشکی برای شما ضروری است، و

- شما نسخه را در یک داروخانه زیر شبکه • CalOptima Health OneCare Complete پر می‌کنید.

- در برخی موارد، قبل از دریافت دارو، باید اقداماتی را انجام دهید. برای اطلاعات بیشتر لطفاً به پرسش بخش B4 مراجعه کنید.

همچنین می‌توانید فهرست به‌روزرسانی شده از داروهایی را که ما پوشش می‌دهیم در وب‌سایت ما به آدرس www.caloptima.org/OneCare بیابید یا با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (711 TTY)**، در 7 روز هفته و 24 ساعت شبانه روز تماس بگیرید.

B2 . آیا لیست دارو هرگز تغییر می‌کند؟

بله، و CalOptima Health OneCare Complete باید هنگام ایجاد تغییرات از قوانین Medicare و Medi-Cal پیروی کند. ممکن است در طول سال داروهایی را در فهرست داروها اضافه یا حذف کنیم.

ما همچنین ممکن است قوانین خود را در مورد داروها تغییر دهیم. به عنوان مثال، ما می‌توانیم:

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره

1-877-412-2734 (711 TTY)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



• تصمیم بگیریم که نیاز به مجوز قبلی برای یک دارو وجود داشته باشد یا خیر. (مجوز قبلی تأییدیه CalOptima Health OneCare Complete قبل از دریافت دارو است.)

• مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید اضافه کنیم یا تغییر دهیم (به نام محدودیت های مقدار).

• محدودیت های درمان مرحله ای را در زمینه یک دارو اضافه کنیم یا تغییر دهیم. (مرحله درمانی به این معنی است که قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم، باید یک داروی توصیه شده را امتحان کنید.)

برای اطلاعات بیشتر در مورد این قوانین دارویی، به سوال B4 مراجعه کنید.

اگر دارویی مصرف می‌کنید که در **ابتدای سال** پوشش داده شده بود، ما در **ادامه سال** پوشش آن دارو را تغییر نداده یا حذف نمی‌کنیم مگر اینکه:

• داروی جدید، ارزان‌تری با اثربخشی مشابه به بازار بیاید و در لیست داروها قرار گیرد، یا

• یک داروی جدید و ارزان‌تر به بازار می‌آید که به اندازه داروی مصرفی شما در فهرست داروها کار می‌کند، یا متوجه عدم ایمنی دارویی که مصرف می‌کنید شویم، یا

• با خبر شویم که دارویی از بازار حذف شده است

سوالات B3 و B6 در زیر اطلاعات بیشتری در مورد انتظاراتی که با تغییر فهرست داروها اباید داشته باشید به شما می‌دهند.

• همیشه می‌توانید فهرست دارویی به روز CalOptima Health OneCare Complete را به صورت آنلاین در www.caloptima.org/OneCare بررسی کنید. به روز رسانی های فهرست دارو به صورت ماهانه در وب سایت ارسال می‌شود.

• همچنین می‌توانید با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید تا فهرست دارویی فعلی را بررسی کنید.

B3 . هنگامی که تغییری در فهرست دارو ایجاد می‌شود چه اتفاقی می‌افتد؟

برخی تغییرات در فهرست داروها فوراً اتفاق خواهد افتاد. برای مثال:

• **جایگزین کردن برخی از نمونه های جدید داروها.** اگر نسخه‌های جدید خاصی از آن دارو را جایگزین کنیم، ممکن است بلافاصله داروها را از فهرست دارویی حذف کنیم، اما هزینه شما برای داروی جدید 0 دلار باقی خواهد ماند. وقتی نمونه جدیدی از دارو را اضافه می‌کنیم، ممکن است تصمیم بگیریم که داروی با نام تجاری یا محصول بیولوژیکی اصلی را در لیست نگه داریم اما قوانین یا محدودیت‌های پوشش آن را تغییر دهیم.

○ ممکن است قبل از ایجاد تغییرات به شما اطلاع ندهیم، ولی اطلاعات مربوط به تغییر یا تغییرات خاصی که ایجاد کرده ایم را پس از تغییر برای شما ارسال خواهیم کرد.

○ فقط در صورتی می‌توانیم این تغییرات را ایجاد کنیم که دارویی که اضافه می‌کنیم:

__ نسخه ژنریک جدید یک دارو با نام تجاری یا

__ یک نسخه بیوسیمیلار جدید خاص از محصولات بیولوژیکی اصلی در فهرست داروها است (به عنوان مثال، افزودن یک بیوسیمیلار قابل تعویض که می‌تواند بدون نسخه جدید جایگزین یک محصول بیولوژیکی اصلی شود).

اگر پرسشی دارید **میتوانید** طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره

1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



برخی از این انواع دارو ممکن است برای شما جدید باشند. برای اطلاعات بیشتر، به بخش B14 مراجعه کنید.

○ شما یا ارائه دهنده شما می توانید در زمینه این تغییرات درخواست استثنا کنید. ما یک اخطارنامه شامل مراحل که می توانید برای درخواست استثنا انجام دهید را برای شما ارسال می کنیم. لطفاً برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناها به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.

- **زمانی که دارویی از بازار حذف شود.** اگر سازمان نظارت غذا و دارو (FDA, Food and Drug Administration) بگوید دارویی که مصرف می کنید ایمن یا موثر نیست یا سازنده دارو، آن دارو را از بازار خارج کند، ما امکان دارد که فوراً آن را از فهرست دارو حذف می کنیم. اگر شما داروی مزبور را مصرف می کنید، پس از ایجاد تغییر برای شما اخطاریه ارسال می کنیم.
 - برای یافتن داروی دیگری برای بیماری خود می توانید با پزشک خود یا سایر تجویزکنندگان همکاری کنید. اگر برای یافتن داروی دیگری به کمک نیاز دارید، لطفاً با پزشک یا سایر تجویزکننده خود تماس بگیرید.
 - همچنین می توانید برای دریافت راهنمایی با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete با شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)** در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته تماس بگیرید.
- ممکن است تغییرات دیگری ایجاد کنیم که بر داروهای مصرفی شما تأثیر بگذارد.** ما از قبل در مورد این تغییرات دیگر در فهرست دارو به شما اطلاع رسانی خواهیم کرد. این تغییرات ممکن است رخ دهد اگر:
- FDA راهنمایی های جدیدی ارائه می دهد یا دستورالعمل های بالینی جدیدی در مورد یک دارو ارائه می شود.
 - یک داروی ژنریک اضافه می کنیم و یک داروی با نام تجاری را جایگزین می کنیم که در حال حاضر در فهرست داروها وجود دارد، یا
 - یک داروی بایوسیمیلار جدید را برای جایگزینی یک محصول بیولوژیکی اصلی که در حال حاضر در فهرست داروها قرار دارد، اضافه می کنیم، یا
 - قوانین پوشش یا محدودیت های نام تجاری دارو را تغییر می دهیم
- زمانی که این تغییرات اتفاق افتاد، ما این اقدامات را انجام خواهیم داد:
- حداقل 30 روز قبل از ایجاد تغییر در فهرست دارو به شما اطلاع می دهیم یا
 - به شما اطلاع داده و پس از درخواست مجدد دارو، یک منبع 30 روزه از دارو را به شما می دهیم.
- بدین ترتیب شما زمان کافی برای مشورت با پزشک خود یا تجویزکننده دارو دارید. آنها می توانند به شما در تصمیم گیری کمک کنند:
- اگر داروی مشابهی در فهرست دارو وجود دارد، می توانید به جای داروی فعلی مصرف نمایید یا
 - آیا باید از این تغییرات درخواست استثنا کنید. برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثناها، به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.

اگر پرسشی دارید **میتوانید** طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره



1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

B4. آیا محدودیت یا محدودیتی برای پوشش دارو یا اقدامات لازم برای دریافت داروهای خاص وجود دارد؟

بله، برخی از داروها قوانین پوشش دارند یا محدودیت هایی در زمینه میزان دریافتی دارند. در برخی موارد شما یا پزشکتان یا سایر تجویزکنندگان باید قبل از دریافت دارو اقداماتی انجام دهید. برای مثال:

- **مجوز قبلی:** برای برخی از داروها، قبل از اینکه نسخه خود را پر کنید، شما یا پزشک یا سایر تجویزکننده‌ها باید از **CalOptima Health OneCare Complete** مجوز دریافت کنید. مجوز قبلی با ارجاع متفاوت است. اگر مجوز قبلی دریافت نکنید، **CalOptima Health OneCare Complete** ممکن است دارو را تحت پوشش قرار ندهد.
- **محدودیت مقدار:** گاهی اوقات **CalOptima Health OneCare Complete** مقدار دارویی را که می‌توانید دریافت کنید محدود می‌کند.
- **درمان مرحله ای:** گاهی اوقات **CalOptima Health OneCare Complete** شما را ملزم به انجام درمان مرحله ای می‌کند. این بدان معنی است که شما باید داروها را به ترتیب خاصی برای وضعیت پزشکی خود امتحان کنید. قبل از اینکه داروی دیگری را پوشش دهیم، ممکن است ملزم باشید که یک دارو را امتحان کنید. اگر ارائه دهنده نسخه شما فکر می‌کند که داروی اول برای شما مؤثر نیست، ما داروی دوم را پوشش خواهیم داد.

با نگاه کردن به جداول در بخش **C1** می‌توانید متوجه شوید که آیا داروی شما دارای الزامات یا محدودیت های اضافی است. همچنین می‌توانید با مراجعه به وب سایت ما در www.caloptima.org/OneCare اطلاعات بیشتری کسب کنید. ما اسناد آنلاینی را ارسال کرده ایم که مجوز قبلی و محدودیت های درمان مرحله ای ما را توضیح می‌دهد. همچنین می‌توانید از ما بخواهید که یک نسخه کتبی برای شما ارسال کنیم.

می‌توانید از این محدودیت ها استثنا بخواهید. این به شما زمان می‌دهد تا با پزشک یا سایر تجویزکنندگان صحبت کنید. آنها می‌توانند به شما کمک کنند تصمیم بگیرید که آیا داروی مشابهی در لیست دارویی وجود دارد که می‌توانید به جای آن مصرف کنید یا اینکه آیا درخواست استثنا کنید. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناها به سؤالات **B10** تا **B12** مراجعه کنید.

B5. چگونه می‌توانم بفهمم که داروی مورد نظر من محدودیت هایی دارد یا نیاز به انجام اقداماتی قبل از دریافت دارو وجود دارد؟

جدول موجود در فهرست داروها بر اساس شرایط پزشکی دارای ستونی با عنوان "اقدامات، محدودیت ها، یا محدودیت های لازم در استفاده" است.

B6. چه اتفاقی می‌افتد اگر CalOptima Health OneCare Complete قوانین خود را در مورد نحوه پوشش برخی داروها تغییر دهد (به عنوان مثال، مجوز قبلی، محدودیت‌های مقدار و/یا محدودیت‌های درمانی مرحله‌ای)؟

در برخی موارد، اگر مجوز قبلی، محدودیت‌های مقدار و/یا محدودیت‌های درمانی مرحله‌ای را به دارو اضافه کنیم یا تغییر دهیم، از قبل به شما اطلاع خواهیم داد. برای اطلاعات بیشتر در مورد این اطلاعیه قبلی و شرایطی که ممکن است نتوانیم از قبل زمانی که قوانین ما در مورد داروهای موجود در فهرست دارو تغییر می‌کند را به شما اطلاع دهیم، به سؤال **B3** مراجعه کنید.

B7. چگونه می‌توانم یک دارو را در فهرست داروها پیدا کنم؟

دو راه برای یافتن دارو وجود دارد:

- می‌توانید بر اساس حروف الفبا جستجو کنید، یا
- شما می‌توانید بر اساس شرایط پزشکی جستجو کنید.

اگر پرسشی دارید می‌توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با **CalOptima Health OneCare Complete** از طریق شماره

1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



برای جستجوی **حروف الفبا**، داروی خود را در بخش فهرست داروهای تحت پوشش جستجو کنید. می توانید آن را از صفحه 1-1 شروع کنید. این قسمت فهرستی از تمام داروهای موجود در این سند بر اساس حروف الفبا ارائه می کند. هم داروهای با نام تجاری و هم داروهای ژنریک در این قسمت فهرست شده اند. در فهرست جستجو کنید و داروی خود را پیدا کنید. در کنار داروی خود، شماره صفحه ای را می بینید که می توانید اطلاعات پوشش را در آن بیابید. به صفحه ارائه شده در فهرست مراجعه کنید و نام داروی خود را در ستون اول لیست پیدا کنید.

برای جستجو بر اساس **وضعیت پزشکی**، بخش با عنوان "فهرست داروها بر اساس وضعیت پزشکی" را در صفحه 20 پیدا کنید. داروهای موجود در این بخش بسته به نوع شرایط پزشکی که برای درمان استفاده می شوند به گروه های مختلف دسته بندی می شوند. به عنوان مثال، اگر بیماری قلبی دارید، باید در دسته عوامل قلبی عروقی جستجو کنید. در اینجا شما داروهایی را خواهید یافت که بیماری های قلبی را درمان می کنند.

B8. اگر دارویی که می خواهم مصرف کنم در لیست دارو نباشد چه می شود؟

اگر داروی خود را در فهرست دارو پیدا نکردید، با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید و در مورد آن بپرسید. اگر متوجه شدید که **CalOptima Health OneCare Complete** دارو را پوشش نمی دهد، می توانید یکی از این اقدامات را انجام دهید:

- از خدمات مشتری لیستی از داروهایی مانند دارویی که می خواهید مصرف کنید بخواهید. سپس فهرست را به پزشک یا تجویز کننده خود نشان دهید. آنها می توانند دارویی را در فهرست دارو موجود است برای شما تجویز کنند که مانند دارویی است که می خواهید مصرف کنید. یا
- می توانید از **CalOptima Health OneCare Complete** بخواهید که برای پوشش داروی شما استثنا قائل شود. برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناها به سوالات B10-B12 مراجعه کنید.

B9. اگر من یک عضو جدید CalOptima Health OneCare Complete باشم و نتوانم داروی خود را در فهرست دارو پیدا کنم یا در دریافت داروی خود مشکل داشته باشم، چه؟

ما می توانیم کمک کنیم. ممکن است در 90 روز اولی که عضو **CalOptima Health OneCare Complete** هستید، یک ذخیره موقت 30 روزه از داروی شما را پوشش دهیم. این به شما زمان می دهد تا با پزشک یا سایر تجویزکنندگان صحبت کنید. آنها می توانند به شما کمک کنند تصمیم بگیرید که آیا داروی مشابهی در لیست دارویی وجود دارد که می توانید به جای داروی فعلی مصرف کنید یا اینکه آیا درخواست استثنا کنید.

اگر نسخه شما برای روزهای کمتری نوشته شده باشد، ما چندین تجدید نسخه را برای حداکثر ذخیره 30 روزه دارو اجازه خواهیم داد. ما عرضه 30 روزه داروی شما را پوشش خواهیم داد اگر:

- شما در حال مصرف دارویی هستید که در فهرست دارویی ما نیست، یا
- قوانین طرح ما به شما اجازه نمی دهد مقداری را که توسط تجویز کننده شما دستور داده شده است را دریافت کنید، یا
- دارو نیاز به مجوز قبلی توسط **CalOptima Health OneCare Complete** دارد، یا
- شما در حال مصرف دارویی هستید که بخشی از محدودیت درمان مرحله ای است

اگر دارویی مصرف می کنید که **CalOptima Health OneCare Complete** آن را جزء داروی بخش D نمی داند، و دارو در لیست دارو نیست، و شما برای دریافت دارو مشکل دارید، ممکن است از طریق **Medi-Cal Rx** پوشش داده شود. اگر یک

اگر پرسشی دارید می توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با **CalOptima Health OneCare Complete** از طریق شماره

1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



داروی حذف شده از قسمت D مستلزم استثناء باشد، و شما یک وضعیت اضطراری داشته باشید، Medi-Cal Rx اجازه می دهد تا حداقل میزان لازم برای 72 ساعت دارو را دریافت کنید. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت Medi-Cal Rx در www.medi-calrx.dhcs.ca.gov مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی Medi-Cal BIC خود را همراه داشته باشید.

اگر در خانه سالمندان یا سایر مراکز مراقبت طولانی مدت هستید و به دارویی نیاز دارید که در فهرست دارو نیست یا نمی توانید به راحتی داروی مورد نیاز خود را تهیه کنید، ما می توانیم کمک کنیم. اگر شما برای بیش از 90 روز در برنامه درمانی بوده اید، در مرکز مراقبت بلند مدت زندگی می کنید و فوراً به داروی خود نیاز دارید:

- ما یک منبع 31 روزه از داروی مورد نیاز شما را پوشش خواهیم داد (مگر اینکه برای روزهای کمتری نسخه داشته باشید)، خواه عضو جدید CalOptima Health OneCare Complete باشید یا نباشید.
- این علاوه بر عرضه موقت در 90 روز اولی است که شما عضو CalOptima Health OneCare Complete هستید.

اگر عضو کنونی هستید که از یک محیط درمانی به محل دیگر منتقل می شوید، به آن سطح تغییر مراقبت می گویند. مثلاً:

- ورود به یک مرکز مراقبت طولانی مدت از یک بیمارستان مراقبت های حاد
- ترخیص از بیمارستان به منزل
- پایان دادن به اقامت پرستاری ماهر بخش A با بازگشت به پوشش بخش D
- انصراف از وضعیت آسایشگاه برای بازگشت به مزایای استاندارد بخش A و بخش B
- پایان دادن به اقامت طولانی مدت در مرکز مراقبت و بازگشت به جامعه
- ترخیص از بیمارستان روانی.

اگر سطح تغییر مراقبت دارید، برای هر یک از داروهایتان که در فهرست دارویی ما نیست، یا اگر توانایی شما برای دریافت داروهایتان محدود است، وقتی به داروخانه زیر شبکه بروید، یک منبع موقت 30 روزه را پوشش خواهیم داد. پس از اولین عرضه 30 روزه شما، ما هزینه ای برای این داروها نخواهیم پرداخت. در این موارد، شما دو گزینه دارید:

- از خدمات مشتری لیستی از داروهایی مانند دارویی که می خواهید مصرف کنید بخواهید. سپس فهرست را به پزشک یا دیگر تجویز کننده دیگر نشان دهید. آنها می توانند دارویی را در فهرست دارو تجویز کنند که شبیه دارویی است که می خواهید مصرف کنید، یا
- می توانید از CalOptima Health OneCare Complete بخواهید که برای پوشش داروی شما استثناء قائل شود. لطفاً سؤال B10 را برای اطلاعات بیشتر در مورد استثناءها ببینید

اگر پرستاری دارید می توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره

1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



B10. آیا می توانم برای پوشش داروی خود استثنا درخواست نمایم؟

بله. می توانید از CalOptima Health OneCare Complete بخواهید که برای پوشش دارویی که در فهرست دارو نیست استثنا قائل شود.

همچنین می توانید از ما بخواهید که قوانین داروی شما را تغییر دهیم.

- برای مثال، CalOptima Health OneCare Complete ممکن است مقدار دارویی را که ما پوشش خواهیم داد محدود کند. اگر داروی شما محدودیتی دارد، می توانید از ما بخواهید تا حد مجاز را تغییر دهیم و میزان بیشتری را پوشش دهیم.
- نمونه های دیگر: می توانید از ما بخواهید محدودیت های مرحله درمانی یا الزامات مجوز قبلی را کنار بگذاریم.

B11. چگونه می توانم درخواست استثنا کنم؟

برای درخواست استثنا، با خدمات مشتری تماس بگیرید. خدمات مشتری با شما و ارائه دهنده نسخه شما همکاری خواهد کرد تا به شما در درخواست استثنا کمک کند. همچنین می توانید برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد استثناها، فصل 9 کتاب راهنمای اعضا قسمت G2 را بخوانید.

B12. چه مدت طول می کشد تا استثنا دریافت شود؟

پس از دریافت بیانیه ای از تجویز کننده شما مبنی بر حمایت از درخواست شما برای استثنا، در عرض 72 ساعت به شما تصمیم نهایی را اطلاع خواهیم داد. برای اطلاعات بیشتر در مورد ارائه یک بیانیه پشتیبانی، با خدمات مشتری CalOptima Health OneCare Complete به شماره 1-877-412-2734 (TTY 711) تماس بگیرید.

اگر شما یا تجویزکنندهتان فکر می کنید که اگر مجبور باشید ۷۲ ساعت برای تصمیمگیری صبر کنید، ممکن است به سلامتی تان آسیب وارد شود، می توانید یک استثنا سریع درخواست کنید. این یک تصمیم سریعتر است. اگر تجویز کننده شما از درخواست شما پشتیبانی کند، ما ظرف 24 ساعت پس از دریافت بیانیه حمایتی تجویز کننده، تصمیم خود را به شما اطلاع خواهیم داد.

B13. داروهای ژنریک چه داروهایی هستند؟

داروهای ژنریک از همان ترکیبات فعال داروهای برند تجاری ساخته می شوند. آنها معمولاً قیمت کمتری نسبت به داروی برند تجاری دارند و به همان اندازه موثر هستند و معمولاً نام های شناخته شده ای ندارند. داروهای ژنریک توسط سازمان غذا و داروی آمریکا (FDA) تایید شده اند. نمونه داروهای ژنریک برای بسیاری از داروهای نام تجاری موجود است. بسته به قوانین ایالتی، معمولاً می توان در داروخانه داروهای ژنریک را بدون نسخه جدید جایگزین داروهای نام تجاری کرد.

CalOptima Health OneCare Complete هم داروهای نام تجاری و هم داروهای ژنریک را پوشش می دهد.

B14. محصولات بیولوژیکی اصلی چیست و چگونه با بیوسیمیلارها مرتبط است؟

وقتی به داروها اشاره می کنیم، این می تواند به معنای یک دارو یا یک محصول بیولوژیکی باشد. محصولات بیولوژیکی داروهای هستند که پیچیده تر از داروهای معمولی هستند. از آنجایی که محصولات بیولوژیکی پیچیده تر از داروهای معمولی هستند، به جای داشتن نمونه ژنریک، دارای نمونه هایی هستند که به آنها بیوسیمیلار گفته می شود. به طور کلی، بیوسیمیلارها به همان اندازه محصول بیولوژیکی اصلی کار می کنند و ممکن است هزینه کمتری داشته باشند. برای برخی از محصولات بیولوژیکی اصلی، جایگزین های بیوسیمیلار وجود دارد. برخی از بیوسیمیلارها، بیوسیمیلارهای قابل تعویض هستند و بسته به قوانین ایالتی، ممکن است بدون نیاز به نسخه جدید در داروخانه جایگزین محصول بیولوژیکی اصلی شوند، درست مانند داروهای ژنریک که می توانند جایگزین داروهای نام تجاری شوند.

اگر پرسشی دارید می توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره

1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



برای اطلاعات بیشتر در مورد انواع دارو، به فصل 5 کتابچه راهنمای اعضا مراجعه کنید.

B15. داروهای OTC چه داروهایی هستند؟

OTC مخفف "بدون نسخه" یا "over-the-counter" است. CalOptima Health OneCare Complete برخی از داروهای OTC را هنگامی که توسط ارائه دهنده شما به عنوان نسخه نوشته شده اند پوشش می دهد.

می توانید فصل 4 کتابچه راهنمای اعضا CalOptima Health OneCare Complete را بخوانید تا بدانید چه داروهای OTC تحت پوشش قرار می گیرند.

B16. آیا CalOptima Health OneCare Complete محصولات OTC غیر دارویی را پوشش می دهد؟

CalOptima Health OneCare Complete برخی از محصولات OTC غیردارویی را زمانی پوشش می دهد که به عنوان نسخه توسط ارائه دهنده شما نوشته شده باشند.

نمونه هایی از محصولات OTC غیردارویی شامل لوازم مرتبط با تزریق انسولین است.

می توانید فهرست دارویی CalOptima Health OneCare Complete را بخوانید تا دریابید که چه محصولات OTC غیردارویی تحت پوشش قرار می گیرند.

B17. آیا CalOptima Health OneCare Complete منابع طولانی مدت نسخه ها را پوشش می دهد؟

- برنامه های داروسازی عرضه 100 روزه. برخی از داروخانه ها نیز ممکن است تا 100 روز عرضه داروهای تحت پوشش را ارائه دهند. هزینه یک عرضه 100 روزه به اندازه عرضه یک ماهه است. سهم هزینه عضو بیمه برای یک ذخیره 100 روزه معادل سهم هزینه یک ذخیره یک ماهه است.

B18. آیا می توانم داروهای نسخه ای را از داروخانه محلی خود در منزل تحویل گیرم؟

داروخانه محلی شما ممکن است بتواند نسخه شما را به خانه شما تحویل دهد. می توانید با داروخانه خود تماس بگیرید تا از ارسال به درب منزل مطلع شوید.

B19. سهم هزینه یا Copay من چیست؟

اگر عضو از قوانین طرح پیروی کند، اعضای CalOptima Health OneCare Complete، 0 دلار برای داروهای نسخه ای و OTC و محصولات غیردارویی پرداخت می کنند. برای اطلاعات بیشتر در مورد داروهای OTC و محصولات غیردارویی به سوالات B15 و B16 مراجعه کنید.

• داروهای ردیف 1 داروهای ژنریک هستند. سهم هزینه شما 0 دلار خواهد بود.

• داروهای ردیف 2 داروهایی با نام تجاری هستند. سهم هزینه شما 0 دلار خواهد بود.

اگر سؤالی دارید، با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.

اگر پرسشی دارید می توانید طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره



1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

C. مروری بر فهرست داروهای تحت پوشش

فهرست داروهای تحت پوشش اطلاعاتی در مورد داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete به شما می دهد. اگر در یافتن داروی خود در لیست مشکل دارید، به فهرست داروهای تحت پوشش که در قسمت 1- شروع می شود مراجعه کنید. این فهرست به ترتیب حروف الفبا همه داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete را فهرست می کند.

سایر داروها، مانند برخی از داروهای بدون نسخه (OTC) و برخی ویتامین ها، ممکن است تحت پوشش Medi-Cal Rx قرار گیرند. لطفاً برای اطلاعات بیشتر به وب سایت (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) Medi-Cal Rx مراجعه کنید. همچنین می توانید با مرکز خدمات مشتریان Medi-Cal Rx به شماره 800-977-2273 تماس بگیرید. لطفاً هنگام دریافت نسخه از طریق Medi-Cal Rx، کارت شناسایی دینفع (BIC) Medi-Cal خود را همراه داشته باشید.

تجدیدنظر در بخش D

- درخواست تجدیدنظر روش رسمی برای درخواست بررسی تصمیمی می باشد که در مورد پوشش شما اتخاذ کرده ایم و درخواست از ما برای تغییر آن در صورتیکه فکر می کنید اشتباه کرده ایم.
- برای مثال، ممکن است تصمیم بگیریم که دارویی که شما می خواهید تحت پوشش Medicare یا Medi-Cal نیست یا دیگر تحت پوشش نیست.
- اگر شما یا ارائه کننده نسخه شما با تصمیم ما موافق نیستید، می توانید درخواست تجدیدنظر دهید. اگر سؤالی دارید، با خدمات مشتریان به شماره **1-877-412-2734 (TTY 711)**، در 24 ساعت شبانه روز و 7 روز هفته، تماس بگیرید.
- برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد نحوه اقامه درخواست تجدیدنظر می توانید به **فصل 9 دفترچه راهنمای اعضا** نیز مراجعه نمایید.
- داروهایی که جزء داروهای بخش D نیستند، قوانین متفاوتی برای تجدیدنظر دارند.

اگر پرسشی دارید **میتوانید** طی 24 ساعت شبانه روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره

1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.



C1. فهرست داروها بر اساس شرایط پزشکی

داروهای موجود در این بخش بسته به نوع شرایط پزشکی که برای درمان استفاده می‌شوند به گروه‌هایی دسته‌بندی می‌شوند. به عنوان مثال، اگر بیماری قلبی دارید، باید در دسته عوامل قلبی عروقی جستجو کنید. در اینجا شما داروهایی را خواهید یافت که بیماری‌های قلبی را درمان می‌کنند.

در اینجا معانی کدهای مورد استفاده در ستون "اقدامات، محدودیت‌ها یا محدودیت‌های لازم در استفاده" آمده است:

کد	معنی
PA	شما (یا پزشکتان) باید قبل از اینکه نسخه خود را برای این دارو پر کنید، مجوز قبلی از CalOptima Health OneCare Complete دریافت کنید. بدون تایید قبلی، CalOptima Health OneCare Complete ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
PA BvD	این دارو ممکن است واجد شرایط پرداخت تحت Part B Medicare یا Part D باشد. شما (یا پزشکتان) باید قبل از اینکه نسخه خود را برای این دارو پر کنید، مجوز قبلی از CalOptima Health OneCare Complete دریافت کنید تا مشخص شود که این دارو تحت پوشش Medicare Part D قرار دارد. بدون تایید قبلی، CalOptima Health OneCare Complete ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
PA NSO	اگر عضو جدید هستید یا قبلاً این دارو را مصرف نکرده‌اید، قبل از اینکه نسخه خود را برای این دارو پر کنید، باید شما (یا پزشکتان) مجوز قبلی از CalOptima Health OneCare Complete دریافت کنید. بدون تایید قبلی، CalOptima Health OneCare Complete ممکن است این دارو را پوشش ندهد.
QL	CalOptima Health OneCare Complete مقدار این دارو را که در هر نسخه یا در یک بازه زمانی خاص تحت پوشش قرار می‌گیرد، محدود می‌کند.
ST	قبل از اینکه CalOptima Health OneCare Complete این دارو را پوشش دهد، ابتدا باید دارو(های) دیگری را برای درمان بیماری خود امتحان کنید. این دارو فقط در صورتی تحت پوشش قرار می‌گیرد که دارو(های) دیگر برای شما کارساز نباشد.
LA	این نسخه ممکن است فقط در داروخانه‌های خاصی در دسترس باشد. برای اطلاعات بیشتر به راهنمای داروخانه خود مراجعه کنید یا با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete به شماره 1-877-412-273 (TTY 711)، در 24 ساعت شبانه‌روز، 7 روز هفته تماس بگیرید.

در ستون اول جدول نام دارو ذکر شده است. داروهای ژنریک با حروف کج کوچک (مثلاً *amoxicillin*)، داروهای نام تجاری با حروف بزرگ (مثلاً ELIQUIS) و داروهای OTC و محصولات غیردارویی با حروف کوچک (مثلاً insulin pen needle یا سوزن انسولین) فهرست شده‌اند. اطلاعات ستون «اقدامات، محدودیت‌ها، یا محدودیت‌های مصرف ضروری» به شما می‌گوید که آیا CalOptima Health OneCare Complete پوشش داروی شما دارد یا خیر.

اگر پرسشی دارید می‌توانید، طی 24 ساعت شبانه‌روز و در 7 روز هفته با CalOptima Health OneCare Complete از طریق شماره



1-877-412-2734 (TTY 711)، تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/OneCare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
Analgesics Combinations		
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>acetaminophen-codeine 120-12 mg/5</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days), PA NSO
<i>butalbital-acetaminophen-caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENDOCET (5-325 MG TABLET, 7.5-325 MG TABLET, 10-325 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen (5-325 mg, 7.5-325, 10-325 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 10-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5-325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophn 7.5-325)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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 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)	
IBU (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
<i>levorphanol tartrate (2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>methadone hcl (5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 100 mg tablet, sulf er 200 mg tablet, sulfate er 100 mg cap, sulfate er 120 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 15 mg tablet, sulf er 30 mg tablet, sulf er 60 mg tablet, sulfate er 10 mg cap, sulfate er 20 mg cap, sulfate er 30 mg cap, sulfate er 45 mg cap, sulfate er 50 mg cap, sulfate er 60 mg cap, sulfate er 75 mg cap, sulfate er 80 mg cap, sulfate er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxycodone hcl er (er 10 mg tablet, er 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
<i>oxymorphone hcl er 7.5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
Opioid Analgesics, Short-acting		
<i>codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fentanyl citrate (cit 1,200 mcg, cit 1,600 mcg, citrate 200 mcg, citrate 400 mcg, citrate 600 mcg, citrate 800 mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 8 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meperidine hcl (25 mg/ml vial, 50 mg/5 ml solution, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>morphine sulfate (sulf 10 mg/5 ml cup, sulf 10 mg/5 ml soln, sulf 20 mg/5 ml soln, sulf 100 mg/5 ml conc, sulfate ir 15 mg tab, sulfate ir 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxycodone hcl ((ir) 5 mg cap, (ir) 5 mg tablet, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml cup, 5 mg/5 ml soln, (ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, 15 mg tablet, (ir) 20 mg tab, 20 mg tablet, (ir) 30 mg tab, 30 mg tablet, 100 mg/5 ml conc)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Analgesics		
<i>oxymorphone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tramadol hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>tramadol hcl 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	
TRIDACAINE 5% PATCH	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
TRIDACAINE II 5% PATCH	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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 hcl (2 mg tablet, 8 mg tablet)</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, buprenorphine-nalox 12-3mg flm, buprenorphn-naloxn 2-0.5 mg sl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
LUCEMYRA 0.18 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anti-Addiction/Substance Abuse Treatment Agents		
Opioid Reversal Agents		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml carpject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naloxone hcl 4 mg nasal spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
Smoking Cessation Agents		
<i>bupropion hcl sr 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL CARTRIDGE INHALER	\$0 (Tier 2)	QL (504 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
<i>varenicline starting month box</i>	\$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)
<i>varenicline tartrate (apo-varenicline 0.5 mg tablet, apo-varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
Aminoglycosides		
<i>amikacin sulf 500 mg/2 ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (252 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin sulfate in ns (60 mg/ns 50 ml pb, iso 100 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, 80 mg/ns 100 ml pb, 80 mg/ns 50 ml pb, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml, 100 mg/ns 100 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>streptomycin sulf 1 gm vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm vial, 1.2 gram/30 ml vial, 10 mg/ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antibacterials, Other		
<i>aztreonam (1 gm vial, 2 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin pediater 75 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml-d5w, 900 mg/50 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colistimethate 150 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	
DALVANCE 500 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fosfomycin 3 gm sachet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>linezolid 600 mg/300 ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel, vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin (25 mg/5 ml susp, mcr 25 mg cap, mcr 50 mg cap, mcr 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitrofurantoin mono-mcr 100 mg</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b sulfate vial</i>	\$0 (Tier 1)	
SIVEXTRO (200 MG TABLET, 200 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (6 per 30 days)
SOLOSEC 2 GM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 2)	PA
<i>tigecycline 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg a-v vial, 500 mg add-van vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>vancomycin hcl 125 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (160 per 30 days)
XIFAXAN (200 MG TABLET, 550 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
Beta-lactam, Cephalosporins		
AVYCAZ 2.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefadroxil (1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefdinir (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefixime (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>cefotetan (1 gm vial, 2 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefoxitin (1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ceftriaxone (1 gm add-vant vial, 1 gm vial, 2 gm add vial, 2 gm vial, 10 gm vial, 100 gram bulk bag, 250 mg vial, 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefuroxime (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
TAZICEF (1 GM ADD-VANTAGE VIAL, 1 GRAM VIAL, 6 GRAM VIAL)	\$0 (Tier 1)	
TEFLARO (400 MG VIAL, 600 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
ZERBAXA 1.5 GRAM VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
Beta-lactam, Penicillins		
<i>amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg tab chew, 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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>ampicillin sodium (1 gm advantage vl, 1 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial, 125 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin-sulbactam (ampicillin-sulb 1.5 g add vial, ampicillin-sulb 3 gm add vial, ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl, ampicillin-sulbactam 3 gm vial, ampicillin-sulbactam 15 gm btl, ampicillin-sulbactam 15 gm vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
BICILLIN C-R (1.2 MILLION UNIT, 900-300 SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	
BICILLIN L-A (600,000 UNIT/ML, 1,200,000 UNITS, 2,400,000 UNITS)	\$0 (Tier 2)	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bulk vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin (1 50 ml inj, 2 50 ml inj)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>oxacillin sodium (1 gm advantage vl, 1 gm vial, 10 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g na 5 million unit</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin g potassium (5 million, 20 million)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin gk-iso-osm dextrose (pen g 2 million unit/50 ml, pen g 3 million unit/50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>piperacillin-tazobactam (piperacil-tazo 2.25 gm add vl, piperacil-tazo 3.375 gm add vl, piperacil-tazo 4.5 gm add vial, piperacil-tazobact 2.25 gm vl, piperacil-tazobact 3.375 gm vl, piperacil-tazobact 4.5 gm vial, piperacil-tazobact 13.5 gm vl, piperacil-tazobact 40.5 gram)</i>	\$0 (Tier 1)	
Carbapenems		
<i>ertapenem 1 gram vial</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>imipenem-cilastatin sodium (250 mg vl, 500 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
Macrolides		
<i>azithromycin (1 gm pwd packet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 250 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 500 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DIFICID 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (20 per 10 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	QL (136 per 10 days)
ERYTHROCIN LACTOBIONATE (500 MG ADDVAN VIAL, LACT 500 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	
<i>erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Quinolones		
BAXDELA (300 MG VIAL, 450 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 14 days)
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levofloxacin-d5w (500 mg/100 ml-d5w, 750 mg/150 ml-d5w)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<i>moxifloxacin 400 mg/250 ml bag</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ofloxacin (300 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Sulfonamides		
<i>sodium sulfacetamide 10% lot</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfadiazine 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
Tetracyclines		
<i>demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOXY 100 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab)</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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antibacterials		
<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)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
Anticonvulsants, Other		
BRIVIACT (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	QL (600 per 30 days), PA NSO
DIACOMIT (250 MG CAPSULE, 250 MG POWDER PACKET, 500 MG CAPSULE, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 2)	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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX (100 MG/ML SOLN PACK, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
FYCOMPA (8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (680 per 28 days)
FYCOMPA 2 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
FYCOMPA 4 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
FYCOMPA 6 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<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 tablet, 500 mg tablet, 500 mg/5 ml cup, 500 mg/5 ml soln, 750 mg tablet, 1,000 mg tablet, 1,000mg/10ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levetiracetam er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
SPRITAM (250 MG TABLET, 500 MG TABLET, 750 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
SUBVENITE (25 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KIT (BLUE)	\$0 (Tier 1)	
SUBVENITE TAB START KIT(GREEN)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
SUBVENITE TAB START KT(ORANGE)	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>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 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 (0.125 mg dis tab, 0.125 mg odt, 0.25 mg odt, 0.5 mg dis tablet, 0.5 mg odt, 1 mg dis tablet, 1 mg odt, 2 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>clonazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam (2.5 mg rectal gel sys, 2.5mg rectal gel(2pk), 10 mg rectal gel syrg, 10 mg rectal gel syst, 10mg rectal gel (2pk), 20 mg rectal gel syrg, 20 mg rectal gel syst, 20mg rectal gel (2pk))</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)
<i>gabapentin 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>gabapentin 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<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 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
VALTOCO (5 MG NASAL SPRAY, 10 MG NASAL SPRAY, 15 MG NASAL SPRAY, 20 MG NASAL SPRAY)	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg powder packt</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>vigabatrin 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
VIGADRONE 500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	PA NSO
VIGPODER 500 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	QL (1100 per 30 days), PA NSO
Gamma-aminobutyric Acid (GABA) Augmenting Agents		
LIBERVANT (5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM)	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 30 days), PA NSO
Sodium Channel Agents		
APTIOM (200 MG TABLET, 400 MG TABLET, 600 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
APTIOM 800 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	
EPITOL 200 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
<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)	
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 sodium extended (ext 100 mg cap, ext 200 mg cap, ext 300 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 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
XCOPRI (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XCOPRI (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anticonvulsants		
XCOPRI (250 MG DAILY PACK, 350 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
ZONISADE 100 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (900 per 30 days), PA NSO
<i>zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidementia Agents		
Antidementia Agents, Other		
<i>ergoloid mesylates 1 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Cholinesterase Inhibitors		
ADLARITY (5 MG/DAY PATCH, 10MG/DAY PATCH)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (4 per 28 days)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidementia Agents		
<i>galantamine 4 mg/ml oral soln</i>	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
<i>galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine er 24 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
N-methyl-D-aspartate (NMDA) Receptor Antagonist		
<i>memantine hcl (5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl 2 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (480 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidementia Agents		
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
Antidepressants, Other		
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>bupropion hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>bupropion hcl 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>bupropion xl (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<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 2)	QL (28 per 180 days), PA NSO
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (14 per 180 days), PA NSO
Monoamine Oxidase Inhibitors		
EMSAM (6 MG/24 PATCH, 9 MG/24 PATCH, 12 MG/24 PATCH)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
MARPLAN 10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tranylcypromine sulf 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor)		
<i>citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>desvenlafaxine er (er 50 mg tab, er 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine er 100 mg tab</i>	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>desvenlafaxine succnt er 100mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 30 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
FETZIMA 20-40 MG TITRATION PAK	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
<i>fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet, 40 mg capsule)</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)
<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 (50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>nefazodone hcl 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine bes er 112.5 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antidepressants		
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
<i>vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
Tricyclics		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiemetics		
Antiemetics, Other		
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA, QL (9.8 per 28 days)
<i>meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiemetics		
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<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 syrps, 12.5 mg tablet, 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)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>aprepitant 40 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
<i>dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiemetics		
<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)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
Antifungals		
ABELCET 100 MG/20 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clotrimazole (1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
<i>fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
<i>fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluconazole-ns 200 mg/100 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flucytosine (250 mg capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule, 100 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antifungals		
<i>micafungin (50 mg vial, 100 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>miconazole 3 200 mg vag supp</i>	\$0 (Tier 1)	
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
<i>nystatin (100,000 unit/gm cream, 100,000 unit/gm oint, 100,000 unit/gm powd, 100,000 unit/ml susp, 500,000 unit oral tab, 500,000 unit/5 ml cup, 500,000 unit/5 ml sus)</i>	\$0 (Tier 1)	
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
<i>posaconazole (dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>voriconazole (40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet, 200 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antigout Agents		
Antigout Agents		
<i>allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
<i>probenecid 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>probenecid-colchicine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimigraine Agents		
Antimigraine Agents		
ELYXYB 120 MG/4.8 ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28.8 per 6 days)
Calcitonin Gene-Related Peptide (CGRP) Receptor Antagonists		
AIMOVIG AUTOINJECTOR (70 MG/ML, 140 MG/ML)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimigraine Agents		
AJOVY 225 MG/1.5 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
AJOVY 225 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1.5 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
EMGALITY 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (2 per 28 days)
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)
NURTEC ODT 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (18 per 30 days)
UBRELVY (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (16 per 30 days)
ZAVZPRET 10 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA, QL (8 per 30 days)
Ergot Alkaloids		
<i>dihydroergotamine 4 mg/ml spry</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
Serotonin (5-HT) Receptor Agonists		
<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimigraine Agents		
<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 (4 mg/0.5 ml cart, 4 mg/0.5 ml inject, 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimycobacterials		
Antimycobacterials, Other		
<i>dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifabutin 150 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Antituberculars		
<i>ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PRIFTIN 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antimycobacterials		
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
SIRTURO (20 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
TRECTOR 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
Alkylating Agents		
<i>cyclophosphamide (25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
GLEOSTINE (10 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
MATULANE 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
Antiandrogens		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERLEADA 60 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>nilutamide 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
NUBEQA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI (40 MG CAPSULE, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XTANDI 80 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
YONSA 125 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
Antiangiogenic Agents		
<i>lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 20 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	LA, PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
POMALYST (1 MG CAPSULE, 2 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
THALOMID (50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
Antiestrogens/Modifiers		
ORSERDU 345 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ORSERDU 86 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
SOLTAMOX (10 MG/5 ML SOLN, 20 MG/10 ML SOLN)	\$0 (Tier 2)	
<i>tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Antimetabolites		
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	
Antineoplastics, Other		
AUGTYRO 40 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 28 days), PA NSO
IWILFIN 192 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 200 MG CO-PACK	\$0 (Tier 2)	QL (49 per 28 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 400 MG CO-PACK	\$0 (Tier 2)	QL (70 per 28 days), PA NSO
KISQALI FEMARA 600 MG CO-PACK	\$0 (Tier 2)	QL (91 per 28 days), PA NSO
LONSURF (15 MG-6.14 MG TABLET, 20 MG-8.19 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LYSODREN 500 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
OGSIVEO (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
OGSIVEO 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
ORGOVYX 120 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (32 per 30 days), PA NSO
TABRECTA (150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TEPMETKO 225 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZOLINZA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
Aromatase Inhibitors, 3rd Generation		
<i>anastrozole 1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>exemestane 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>letrozole 2.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Molecular Target Inhibitors		
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ALECENSA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
ALUNBRIG (90 MG TABLET, 90 MG-180 MG TAB PACK, 180 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ALUNBRIG 30 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
AYVAKIT (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 3 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 4 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
BALVERSA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
BOSULIF (50 MG CAPSULE, 400 MG TABLET, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
BRUKINSA 80 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
CABOMETYX (20 MG TABLET, 40 MG TABLET, 60 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
CALQUENCE (100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPRELSA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
CAPRELSA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
COMETRIQ (60 MG PACK, 100 MG PK, 140 MG PK)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
COPIKTRA (15 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
COTELLIC 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (63 per 21 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
<i>erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
FOTIVDA (0.89 MG CAPSULE, 1.34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (21 per 21 days), PA NSO
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
GAVRETO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>gefitinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IBRANCE (75 MG CAPSULE, 75 MG TABLET, 100 MG CAPSULE, 100 MG TABLET, 125 MG CAPSULE, 125 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
ICLUSIG (10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IDHIFA (50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	QL (216 per 30 days), PA NSO
INLYTA 1 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
INLYTA 5 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
INREBIC 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
JAKAFI (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
JAYPIRCA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
JAYPIRCA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
KISQALI 200 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (21 per 28 days), PA NSO
KISQALI 400 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
KISQALI 600 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (63 per 28 days), PA NSO
KOSELUGO 10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
KOSELUGO 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
KRAZATI 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
<i>lapatinib 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LENVIMA (12 MG DAILY, 18 MG DAILY, 24 MG DAILY)	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LENVIMA (4 MG CAPSULE, 8 MG DAILY DOSE, 10 MG DAILY DOSE, 20 MG DAILY DOSE)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LORBRENA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
LORBRENA 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 120 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
LUMAKRAS 320 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
LYNPARZA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
LYTGOBI 12 MG DOSE (3X 4MG TB)	\$0 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 16 MG DOSE (4X 4MG TB)	\$0 (Tier 2)	QL (112 per 28 days), PA NSO
LYTGOBI 20 MG DOSE (5X 4MG TB)	\$0 (Tier 2)	QL (140 per 28 days), PA NSO
MEKINIST (0.05 MG/ML SOLUTION, 0.5 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
MEKTOVI 15 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
NERLYNX 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
NINLARO (2.3 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (3 per 28 days), PA NSO
ODOMZO 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OJEMDA (100 MG TAB (500MG DOSE), 100 MG TAB (600MG DOSE))	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 100 MG TAB (400MG DOSE)	\$0 (Tier 2)	QL (16 per 28 days), PA NSO
OJEMDA 25 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (96 per 28 days), PA NSO
OJJAARA (100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>pazopanib hcl 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
PEMAZYRE (4.5 MG TABLET, 9 MG TABLET, 13.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (14 per 21 days), PA NSO
PIQRAY (250 MG DAILY PACK, 300 MG DAILY PACK)	\$0 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
PIQRAY 200 MG DAILY DOSE PACK	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
QINLOCK 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
RETEVMO 80 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
ROZLYTREK 50 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
RUBRACA (200 MG TABLET, 250 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
RYDAPT 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SCEMBLIX 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
<i>sorafenib 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
SPRYCEL (20 MG TABLET, 50 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
SPRYCEL 70 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
<i>sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
TAGRISSE (40 MG TABLET, 80 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.1 MG CAPSULE, 0.1 MG SOFTGEL, 0.35 MG CAPSULE, 0.35 MG SOFTGEL, 0.5 MG CAPSULE, 0.5 MG SOFTGEL, 0.75 MG CAPSULE, 0.75 MG SOFTGEL, 1 MG CAPSULE, 1 MG SOFTGEL)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TALZENNA (0.25 MG CAPSULE, 0.25 MG SOFTGEL)	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
TASIGNA (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE, 200 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TAZVERIK 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
TIBSOVO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
TORPENZ (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 7.5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TRUQAP (160 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (64 per 28 days), PA NSO
TUKYSA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
TUKYSA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
TURALIO 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VANFLYTA (17.7 MG TABLET, 26.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 14 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
VENCLEXTA 10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0 (Tier 2)	QL (42 per 28 days), PA NSO
VERZENIO (50 MG TABLET, 100 MG TABLET, 150 MG TABLET, 200 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VIJOICE (50 MG GRANULE PACKET, 50 MG TABLET, 125 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
VIJOICE 250 MG DAILY DOSE PACK	\$0 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
VITRAKVI 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
VITRAKVI 25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
VIZIMPRO (15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
VONJO 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XALKORI 150 MG PELLETT	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
XALKORI 20 MG PELLETT	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
XALKORI 50 MG PELLETT	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
XOSPATA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG TWICE, 80 MG ONCE, 100 MG ONCE)	\$0 (Tier 2)	QL (8 per 28 days), PA NSO
XPOVIO (40 MG, 60 MG)	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 28 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 28 days), PA NSO
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY DOSE	\$0 (Tier 2)	QL (32 per 28 days), PA NSO
ZEJULA (100 MG TABLET, 200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ZELBORAF 240 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
ZYDELIG (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ZYKADIA 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
Retinoids		
<i>bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	\$0 (Tier 2)	
<i>tretinoin 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
Treatment Adjuncts		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antineoplastics		
MESNEX 400 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparasitics		
Anthelminthics		
<i>albendazole 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ivermectin 3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>praziquantel 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiprotozoals		
<i>atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25, 250-100)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 3 days)
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparasitics		
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
KRINTAFEL 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
<i>mefloquine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitazoxanide 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pyrimethamine 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparkinson Agents		
Antiparkinson Agents, Other		
<i>amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
ONGENTYS (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
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 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>pramipexole 0.75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparkinson Agents		
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dopamine Precursors and/or L-Amino Acid Decarboxylase Inhibitors		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa (carbidopa-levodopa 10-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antiparkinson Agents		
<i>selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml amp, 100 mg/ml vial, 250 mg/5 ml vl, 500 mg/5 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. **برای اطلاعات بیشتر به** www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
<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 2)	QL (2.4 per 42 days)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML	\$0 (Tier 2)	QL (3.2 per 42 days)
ABILIFY MAINTENA (ER 300 MG SYR, ER 300 MG VL, ER 400 MG SYR, ER 400 MG VL)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
ABILIFY MYCITE 10 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 15 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 2 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 20 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ABILIFY MYCITE 30 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
ABILIFY MYCITE 5 MG	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<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 SYRN	\$0 (Tier 2)	QL (3.9 per 14 days)
ARISTADA ER 441 MG/1.6 ML SYRN	\$0 (Tier 2)	QL (1.6 per 14 days)
ARISTADA ER 662 MG/2.4 ML SYRN	\$0 (Tier 2)	QL (2.4 per 14 days)
ARISTADA ER 882 MG/3.2 ML SYRN	\$0 (Tier 2)	QL (3.2 per 14 days)
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	\$0 (Tier 2)	QL (4.8 per 365 days)
<i>asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
FANAPT TITRATION PACK	\$0 (Tier 2)	PA NSO
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML	\$0 (Tier 2)	QL (3.5 per 166 days)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 166 days)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.75 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRG	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5 ML	\$0 (Tier 2)	QL (1.5 per 21 days)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.25 per 21 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.5 per 21 days)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.88 per 70 days)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML	\$0 (Tier 2)	QL (1.32 per 70 days)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML	\$0 (Tier 2)	QL (1.75 per 70 days)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	\$0 (Tier 2)	QL (2.63 per 70 days)
<i>lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lurasidone hcl 80 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10-10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
NUPLAZID (10 MG TABLET, 34 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
<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)
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PERSERIS ER 120 MG SYRINGE KIT	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
PERSERIS ER 90 MG SYRINGE KIT	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days), PA NSO
<i>quetiapine fumarate (fumarate 25 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 100 mg tab, 150 mg tablet, fumarate 200 mg tab, fumarate 300 mg tab, fumarate 400 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
<i>risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
UZEDY (ER 150 MG/0.42 ML SYRING, ER 200 MG/0.56 ML SYRING, ER 250 MG/0.7 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 56 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
UZEDY (ER 50 MG/0.14 ML SYRINGE, ER 75 MG/0.21 ML SYRINGE, ER 100 MG/0.28 ML SYRING, ER 125 MG/0.35 ML SYRING)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
VRAYLAR (1.5 MG CAPSULE, 3 MG CAPSULE, 4.5 MG CAPSULE, 6 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>ziprasidone 20 mg/ml vial</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ZYPREXA RELPREVV (210 MG VIAL, 210 MG VL KIT)	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 28 days)
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antipsychotics		
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
Anti-HIV Agents, Integrase Inhibitors (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TABLET, 50-200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
DOVATO 50-300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
GENVOYA TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ISENTRESS (25 MG TABLET CHEW, 100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET CHEW)	\$0 (Tier 2)	
ISENTRESS 400 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JULUCA 50-25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
STRIBILD TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TIVICAY (10 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
TIVICAY PD 5 MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Non-nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTI)		
COMPLERA TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
EDURANT 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>efavir-emtri-tenof 600-200-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>efavirenz 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop (400-300-300, 600-300-300)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
INTELENCE 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
<i>nevirapine (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nevirapine er 400 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
PIFELTRO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Nucleoside and Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTI)		
<i>abacavir 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>abacavir 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
CIMDUO 300-300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
DESCOVY (120-15 MG TABLET, 200-25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>emtricitabine 200 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167-250mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>emtricitabine-tenofv 200-300mg</i>	\$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
<i>lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamivudine-zidovudine tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ODEFSEY TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days)
<i>zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Anti-HIV Agents, Other		
FUZEON 90 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<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 2)	QL (60 per 30 days)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	QL (1840 per 30 days)
SELZENTRY 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (480 per 30 days)
SELZENTRY 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SUNLENCA 4- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 2 days)
SUNLENCA 5- 300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 8 days)
TYBOST 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-HIV Agents, Protease Inhibitors (PI)		
APTIVUS 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lopinavir-ritonavir (lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml, lopinavir-ritonavir 100-25mg tb, lopinavir-ritonavir 200-50mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
NORVIR 100 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 2)	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
PREZISTA (75 MG TABLET, 100 MG/ML SUSPENSION, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
REYATAZ 50 MG POWDER PACKET	\$0 (Tier 2)	
<i>ritonavir 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIRACEPT (250 MG TABLET, 625 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
Anti-cytomegalovirus (CMV) Agents		
LIVTENCITY 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (336 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
PREVYMIS (240 MG TABLET, 480 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>valganciclovir 450 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days), PA NSO
<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
BARACLUDGE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
<i>entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>lamivudine hbv 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 2)	PA, QL (30 per 30 days)
VIREAD (150 MG TABLET, 200 MG TABLET, 250 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
VIREAD POWDER	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
Anti-hepatitis C (HCV) Agents		
EPCLUSA (150-37.5 MG PELLET PKT, 200-50 MG PELLET PACK)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
<i>ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
MAVYRET 100-40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (140 per 28 days)
<i>ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sofosbuvir-velpatasvir 400-100</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
SOVALDI (150 MG PELLET PACKET, 200 MG PELLET PACKET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
ZEPATIER 50-100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
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 2)	QL (60 per 180 days)
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)
Antiherpetic Agents		
<i>acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Antivirals		
<i>penciclovir 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Antiviral, Coronavirus Agents		
PAXLOVID 150-100 MG DOSE PACK	\$0 (Tier 2)	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 5 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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 tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anxiolytics		
<i>hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>meprobamate (200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Benzodiazepines		
<i>alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>alprazolam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
<i>chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/ml oral conc, 25 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Anxiolytics		
<i>oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	QL (1000 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
<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)
BYDUREON BCISE 2 MG AUTOINJECT	\$0 (Tier 2)	ST, QL (3.4 per 28 days)
<i>colesevelam hcl 3.75 g packet</i>	\$0 (Tier 1)	
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>glipizide 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>glipizide er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide xl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
<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 2)	QL (60 per 30 days)
INVOKAMET XR (50-1,000 MG TAB, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TAB, 150-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
INVOKANA (100 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
JANUMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JANUVIA (25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE (10 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 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 850 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 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 2)	ST, QL (2 per 28 days)
<i>nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	\$0 (Tier 2)	ST, QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>repaglinide 0.5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RYBELSUS (3 MG TABLET, 7 MG TABLET, 14 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	ST, QL (30 per 30 days)
SYMLINPEN 120 PEN INJECTOR	\$0 (Tier 2)	PA
SYMLINPEN 60 PEN INJECTOR	\$0 (Tier 2)	PA
SYNJARDY (5-1,000 MG TABLET, 5-500 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TABLET, 12.5-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR (5-1,000 MG TABLET, 10-1,000 MG TABLET, 12.5-1,000 MG TAB)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
SYNJARDY XR 25-1,000 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
TRULICITY (0.75 MG/0.5 ML PEN, 1.5 MG/0.5 ML PEN, 3 MG/0.5 ML PEN, 4.5 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 2)	ST, QL (2 per 28 days)
XIGDUO XR (2.5 MG-1,000 MG TAB, 5 MG-1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
XIGDUO XR (5 MG-500 MG TABLET, 10 MG-1,000 MG TAB, 10 MG-500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Glycemic Agents		
BAQSIMI (3 MG SPRAY, 3 MG SPRAY ONE PACK, 3 MG SPRAY TWO PACK)	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 28 days)
<i>diazoxide 50 mg/ml oral susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLUCAGON EMERGENCY KIT (1 MG EMERGENCY KIT, 1 MG VIAL)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
GVOKE HYPOPEN 1-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 1PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PK 1 MG/0.2 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE HYPOPEN 2PK 0.5MG/0.1 ML	\$0 (Tier 2)	QL (0.4 per 28 days)
GVOKE PFS 1-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
GVOKE PFS 2-PK 1 MG/0.2 ML SYR	\$0 (Tier 2)	QL (0.8 per 28 days)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SYRING	\$0 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 days)
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6ML AUTOINJ	\$0 (Tier 2)	QL (2.4 per 28 days)
Insulins		
HUMALOG (100 CARTRIDGE, 100 VIAL)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
HUMALOG 200 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG JR 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMALOG MIX 75-25 VIAL	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN N 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
HUMULIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml crt</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
<i>insulin aspart 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart prot mix 70-30 (mix70-30 pn, mix70-30 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine max solo u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro jr 100 unit/ml</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro mix 75-25 kwkpn</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYUMJEV 100 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
LYUMJEV 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
LYUMJEV 200 UNIT/ML KWIKPEN	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN 70-30 (70-30 100 UNIT/ML VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Glucose Regulators		
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN (70-30, RELION 70-30)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N (N 100 VIAL, RELION N 100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN (N 100 UNIT/ML, RELION N U-100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R (R 100 VIAL, RELION R 100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN (R 100 UNIT/ML, RELION R U-100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG (100 VIAL, RELION 100 VL)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN (100 UNIT/ML, RELION U-100)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 (70-30 VIAL, RELION 70-30 VIAL)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN (70-30 FLEXPEN, RELION 70-30 FLXPN)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
Anticoagulants		
<i>dabigatran etexilate (75 mg cap, 110 mg cp, 150 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0 (Tier 2)	
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
<i>enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)
<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 2)	QL (30 per 30 days)
FRAGMIN (12,500 UNIT/0.5 ML SYR, 12,500 UNITS/0.5 ML)	\$0 (Tier 2)	QL (15 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
FRAGMIN (15,000 UNIT/0.6 ML SYR, 15,000 UNITS/0.6 ML)	\$0 (Tier 2)	QL (18 per 30 days)
FRAGMIN (18,000 UNIT/0.72 ML, 18,000 UNITS/0.72 ML)	\$0 (Tier 2)	QL (22 per 30 days)
FRAGMIN (2,500 UNIT/0.2 ML SYR, 2,500 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0 (Tier 2)	QL (6 per 30 days)
FRAGMIN (25,000 UNITS/ML VIAL, 95,000 UNIT/3.8 ML VL)	\$0 (Tier 2)	QL (22.8 per 30 days)
FRAGMIN (5,000 UNIT/0.2 ML SYR, 5,000 UNITS/0.2 ML SYR)	\$0 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)
FRAGMIN (7,500 UNIT/0.3 ML SYR, 7,500 UNITS/0.3 ML SYR)	\$0 (Tier 2)	QL (9 per 30 days)
<i>heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, sod 5,000 unit/ml vial, 10,000 unit/10 ml vial, sod 10,000 unit/ml vl, sod 20,000 unit/ml vl, 30,000 unit/30 ml vial, 40,000 unit/4 ml vial, 50,000 unit/10 ml vial, 50,000 unit/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>jantoven (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
<i>warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
XARELTO (1 MG/ML SUSPENSION, 2.5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 30D)	\$0 (Tier 2)	
Blood Products and Modifiers, Other		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
EPOGEN (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNITS/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
GRANIX (300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
NEUPOGEN (300 MCG/0.5 ML SYR, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYR, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (2,000 VIAL, 3,000 VIAL, 4,000 VIAL, 10,000 VIAL, 20,000 VIAL, 40,000 VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
PROMACTA (12.5 MG SUSPEN PACKET, 12.5 MG TABLET, 25 MG SUSPENSION PCKT, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (90 per 30 days)
PROMACTA 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (30 per 30 days)
PROMACTA 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
RELEUKO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNIT/ML VIAL, 40,000 UNIT/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
Hemostasis Agents		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Platelet Modifying Agents		
<i>aspirin-dipyridam er 25-200 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA (60 MG TABLET, 90 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
CABLIVI (11 MG KIT, 11 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Blood Products and Modifiers		
<i>cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOPTELET ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (15 per 5 days)
DOPTELET (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0 (Tier 2)	PA
<i>prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TAVALISSE (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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 (30 per 30 days)
<i>benazepril hcl 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>lisinopril 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perindopril erbumine 2 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>perindopril erbumine 4 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>perindopril erbumine 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)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ramipril 10 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>trandolapril 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Antiarrhythmics		
<i>amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 125 mcg tablet, 250 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 2)	
<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 2)	QL (60 per 30 days)
<i>propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine gluc er 324 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
SORINE (120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<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)	
<i>labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>metoprolol succ er 200 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Calcium Channel Blocking Agents, Dihydropyridines		
<i>amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine besylate 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet, er 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<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)	QL (60 per 30 days)
<i>nimodipine 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
Calcium Channel Blocking Agents, Nondihydropyridines		
CARTIA XT (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
DILT-XR (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 12hr er (12hr er 120 mg cap, 12hr er 60 mg cap, 12hr er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (24hr er 120 mg cap, 24hr er 180 mg cap, 24hr er 240 mg cap, 24hr er 300 mg cap, 24hr er 360 mg cap, 24hr er 420 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (cd) (24h er(cd) 120 mg cp, 24h er(cd) 180 mg cp, 24h er(cd) 240 mg cp, 24h er(cd) 300 mg cp, 24h er(cd) 360 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem 24hr er (xr) (24h er(xr) 120 mg cp, 24h er(xr) 180 mg cp, 24h er(xr) 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
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)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>aliskiren (150 mg tablet, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>amlodipine besylate-benazepril (2.5-10, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg, 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan (5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan (5-160 mg, 5-320 mg, 10-160 mg, 10-320 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz (5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg, 10-160-12.5mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
ASPRUZYO SPRINKLE (ER 500MG PKT, ER 1000MG PK)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<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 2)	PA, QL (30 per 30 days)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (560 per 30 days)
<i>digoxin 62.5 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide (5-12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ENTRESTO (24 MG-26 MG TABLET, 49 MG-51 MG TABLET, 97 MG-103 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ivabradine hcl</i> (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide</i> (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
<i>metyrosine</i> 250 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<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>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VERQUVO (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
WEGOVY (0.25 MG/0.5 ML PEN, 0.5 MG/0.5 ML PEN, 1 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (2 per 28 days)
WEGOVY (1.7 MG/0.75 ML PEN, 2.4 MG/0.75 ML PEN)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (3 per 28 days)
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>toremide (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)	
Diuretics, Thiazide		
<i>chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Dyslipidemics, Fibric Acid Derivatives		
<i>fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>gemfibrozil 600 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, HMG CoA Reductase Inhibitors		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<i>simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (45 per 30 days)
<i>simvastatin 40 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
Dyslipidemics, Other		
<i>cholestyramine (packet, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cholestyramine light (packet, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colesevelam 625 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ezetimibe 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 1 gram capsule, 500 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
JUXTAPID (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JUXTAPID 20 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
JUXTAPID 30 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>omega-3 ethyl esters 1 gm cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PREVALITE (PACKET, POWDER)	\$0 (Tier 1)	
REPATHA 140 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 2)	PA
REPATHA 140 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
REPATHA 420 MG/3.5ML PUSHTRONX	\$0 (Tier 2)	PA
Mineralocorticoid Receptor Antagonists		
<i>eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
Vasodilators, Direct-acting Arterial		
<i>hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Vasodilators, Direct-acting Arterial/Venous		
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate er (mn er 60 mg tablet, mononit er 30 mg tb, mononit er 60 mg tb, mononit 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Cardiovascular Agents		
<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)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS) Agents		
RADICAVA ORS (105 MG/5 ML SUSP, STARTER KIT SUSP)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (70 per 14 days)
<i>riluzole 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
TEGLUTIK 5 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
Attention Deficit Hyperactivity Disorder Agents, Amphetamines		
<i>dextroamp-amphetamin 30 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>dextroamphetamine 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
<i>dextroamphetamine 5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (150 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 15 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>dextroamphetamine er 5 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>dextroamphetamine-amphetamine (dextroamp-amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp-amphetamin 20 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
<i>atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate (10 mg/9hr, 15 mg/9hr, 20 mg/9hr, 30 mg/9hr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate 10 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate 5 mg/5 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1800 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate er (er 18 mg tab, er 27 mg tab, er 54 mg tab, er 72 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er (la) (er(la) 10mg cp, er(la) 20mg cp, er(la) 30mg cp, er(la) 40mg cp)</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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
<i>methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl cd (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er(cd) 10mg cp, er(cd) 20mg cp, er(cd) 30mg cp, er(cd) 40mg cp, er(cd) 50mg cp, er(cd) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate la (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate sr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
Central Nervous System Agents, Other		
AUSTEDO (6 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
AUSTEDO 9 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR (18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET, 42 MG TABLET, 48 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
AUSTEDO XR 6 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 days)
AUSTEDO XR TITR KT(6-12-24 MG)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (42 per 28 days)
AUSTEDO XR TITR(12-18-24-30MG)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA (40 MG CAPSULE, 60 MG CAPSULE, 80 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)
INGREZZA SPRINKLE (40 MG CAP, 60 MG CAP, 80 MG CAP)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
<i>tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
Fibromyalgia Agents		
SAVELLA (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET, 50 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
SAVELLA TITRATION PACK	\$0 (Tier 2)	QL (55 per 28 days), PA NSO
Multiple Sclerosis Agents		
AVONEX (30 MCG/0.5 ML SYRINGE, PREFILLED SYR 30 MCG KT)	\$0 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	\$0 (Tier 2)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	\$0 (Tier 2)	PA
<i>dalfampridine er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
<i>fingolimod 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
MAVENCLAD (10 MG 10 TABLET PK, 10 MG 4 TABLET PK, 10 MG 5 TABLET PK, 10 MG 6 TABLET PK, 10 MG 7 TABLET PK, 10 MG 8 TABLET PK, 10 MG 9 TABLET PK)	\$0 (Tier 2)	PA
MAYZENT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
MAYZENT 0.25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	\$0 (Tier 2)	PA, QL (7 per 4 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Central Nervous System Agents		
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
PLEGRIDY 125 MCG/0.5 ML SYRING	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
PONVORY (14-DAY STARTER PACK, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
REBIF (22 MCG/0.5 ML SYRINGE, 44 MCG/0.5 ML SYRINGE, TITRATION PACK)	\$0 (Tier 2)	PA
REBIF REBIDOSE (22 MCG/0.5 ML, 44 MCG/0.5 ML, TITRATION PACK)	\$0 (Tier 2)	PA
TASCENSO ODT (ODT 0.25 MG TABLET, ODT 0.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>teriflunomide (7 mg tablet, 14 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA
ZEPOSIA (0.92 MG CAPSULE, STARTER KIT (28-DAY), STARTER PACK (7-DAY))	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dental and Oral Agents		
Dental and Oral Agents		
<i>cevimeline hcl 30 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	\$0 (Tier 1)	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamcinolone 0.1% paste</i>	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
Acne and Rosacea Agents		
AC CUTANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>azelaic acid 15% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clind ph-benzoyl perox 1.2-5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<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% gel, 0.1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
<i>tazarotene 0.1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
TAZORAC 0.05% CREAM	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
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)	
ALA-CORT 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<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 (0.05% crm, 0.05% gel, 0.05% lot, 0.05% oin)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone dipropionate (0.05% crm, 0.05% lot, 0.05% oint, 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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% cream, 0.25% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointment)</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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIDERM (0.1% CREAM, 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
FILSUEVZ 10% GEL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>fluorouracil (2% soln, 5% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (55 per 28 days)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>podofilox 0.5% topical soln</i>	\$0 (Tier 1)	
REGANEX 0.01% GEL	\$0 (Tier 2)	PA
SANTYL OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SILVADENE 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
SSD 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
VALCHLOR 0.016% GEL	\$0 (Tier 2)	PA NSO
VTAMA 1% CREAM	\$0 (Tier 2)	PA
ZORYVE (0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0 (Tier 2)	PA
Pediculicides/Scabicides		
CROTAN 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (454 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>malathion 0.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>permethrin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 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 2)	
<i>clindamycin 1% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, phos 1% pledget, phosp 1% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>econazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin (2% gel, 2% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mupirocin (2% cream, 2% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Dermatological Agents		
<i>naftifine hcl (1% cream, 2% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxiconazole nitrate 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
OXISTAT 1% LOTION	\$0 (Tier 2)	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	\$0 (Tier 2)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
Electrolyte/Mineral Replacements		
<i>carglumic acid 200 mg tab susp</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>fluoride (0.25 mg tablet chew, 0.5 mg tablet chew, 1 mg tablet chewable)</i>	\$0 (Tier 1)	
ISOLYTE S IV SOLN PH7.4	\$0 (Tier 2)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate 50% syringe</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>multiple electrolytes t1 ph5.5</i>	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE 148 IV SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0 (Tier 2)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
<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/100 ml sol, 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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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 2)	
<i>deferasirox (90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 1,000 mg tb(3x/dy)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>deferiprone 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
DOJOLVI LIQUID	\$0 (Tier 2)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
JYNARQUE (15 MG TABLET, 15 MG-15 MG TABLET, 30 MG TABLET, 30 MG-15 MG TABLET, 45 MG-15 MG TABLET, 60 MG-30 MG TABLET, 90 MG-30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>tolvaptan (15 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>trientine hcl 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
CLINIMIX (4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 2)	PA
CLINIMIX E (2.75%-5% SOLUTION, 4.25%-10% SOLUTION, 4.25%-5% SOLUTION, 5%-15% SOLUTION, 5%-20% SOLUTION)	\$0 (Tier 2)	PA
CLINISOL 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dextrose 10%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>dextrose 10%-0.45% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl iv</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>dextrose 5%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>dextrose 5%-0.225% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0 (Tier 2)	PA
ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN	\$0 (Tier 2)	
<i>kcl 20 meq in d5w-lact ringer</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl 20 meq/l in d5w solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.2% nacl (10 meq/500 ml-d5w-0.2%nacl, 20 meq/l-d5w-0.2% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.225% nacl (10meq/500ml-d5w-0.225%nacl, 20 meq/l-d5w-0.225% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
<i>kcl-d5w-0.45% nacl (10 meq/500ml-d5w-0.45%nacl, 10 meq/l-d5w-0.45% nacl, 20 meq/l-d5w-0.45% nacl, 30 meq/l-d5w-0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.9% nacl (20 meq/l-d5w-0.9%, 40 meq/l-d5w-0.9%)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATAL PNV TABLET	\$0 (Tier 2)	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0 (Tier 2)	PA
PREMASOL 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
<i>prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet</i>	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Electrolytes/Minerals/Metals/Vitamins		
PROSOL 20% INJECTION	\$0 (Tier 2)	PA
TPN ELECTROLYTES VIAL	\$0 (Tier 1)	
TRAVASOL 10% SOLN VIAFLEX	\$0 (Tier 2)	PA
TROPHAMINE 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
WESNATAL DHA COMPLETE	\$0 (Tier 2)	
Potassium Binders		
KIONEX 15 GM/60 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	
LOKELMA 10 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (34 per 30 days)
LOKELMA 5 GRAM POWDER PACKET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
<i>sodium polystyrene sulf powder</i>	\$0 (Tier 1)	
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lactulose 10 gm packet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOVANTI (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
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 2)	PA
RELISTOR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
SUTAB 1.479-0.225-0.188 GM TAB	\$0 (Tier 2)	
TRULANCE 3 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
Anti-diarrheal Agents		
AEMCOLO DR 194 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (12 per 3 days)
<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 2)	PA, QL (60 per 30 days)
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
XERMELO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
Antispasmodics, Gastrointestinal		
<i>dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
Gastrointestinal Agents, Other		
GATTEX 5 MG INJECTION	\$0 (Tier 2)	PA
GAVILYTE-C SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-G SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GAVILYTE-N SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
GOLYTELY SOLUTION	\$0 (Tier 1)	
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
OCALIVA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
<i>peg-3350 and electrolytes soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9</i>	\$0 (Tier 1)	
SEROSTIM 6 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>sod sul-potass sul-mag sul sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
VELSIPITY 2 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
VOWST CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (12 per 3 days)
Histamine-2 (H2) Receptor Antagonists		
<i>cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
Protectants		
<i>misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Gastrointestinal Agents		
<i>sucralfate 1 gm tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
Proton Pump Inhibitors		
<i>esomeprazole magnesium (dr 20 mg cap, dr 40 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole (dr 10 mg capsule, dr 40 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>omeprazole dr 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pantoprazole sod dr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pantoprazole sod dr 40 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>rabeprazole sod dr 20 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ARALAST NP 1,000 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
ARALAST NP 500 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	
<i>betaine 1 gram/scoop powder</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
CHOLBAM (50 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
CREON (DR 3,000 CAPSULE, DR 6,000 CAPSULE, DR 12,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE, DR 36,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
CYSTAGON (50 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
CYSTARAN 0.44% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
DAYBUE 200 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
DROXIA (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE, 400 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)
GLASSIA 1 GM/50 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
JAVYGTOR (100 MG POWDER PACKET, 100 MG TABLET, 500 MG POWDER PACKET)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
KEVEYIS 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>l</i> -glutamine 5 gram powder pkt	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>miglustat</i> 100 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
ORMALVI 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
OXBRYTA (300 MG TABLET, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5 ML SYRINGE, 10 MG/0.5 ML SYRINGE, 20 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
PANCREAZE (DR 2,600 CAP, DR 4,200 CAP, DR 10,500 CAP, DR 16,800 CAP, DR 21,000 CAP, DR 37,000 CAP)	\$0 (Tier 2)	PA
PERTZYE (DR 4,000 CAPSULE, DR 8,000 CAPSULE, DR 16,000 CAPSULE, DR 24,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
PLENAMINE 15% SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA
PROLASTIN C (1,000 MG VIAL, 1,000 MG/20 ML VL)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
PYRUKYND (20-5 MG PACK, 50-20 MG PACK)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (14 per 14 days)
PYRUKYND 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PYRUKYND 5 MG TAPER PACK	\$0 (Tier 2)	PA, QL (7 per 7 days)
PYRUKYND 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
RAVICTI 1.1 GRAM/ML LIQUID	\$0 (Tier 2)	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
RIVFLOZA 128 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (0.8 per 28 days)
RIVFLOZA 160 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
RIVFLOZA 80 MG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (0.5 per 28 days)
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genetic, Enzyme, or Protein Disorder: Replacement, Modifiers, Treatment		
<i>sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
TEGSEDI 284 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (6 per 28 days)
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 20,880-78,300 UNITS TB)	\$0 (Tier 2)	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA
WAINUA 45 MG/0.8 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 2)	PA
WELIREG 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
YARGESA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ZEMAIRA (1,000 MG VIAL, 4,000 MG VIAL, 5,000 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
ZENPEP (DR 3,000 CAPSULE, DR 5,000 CAPSULE, DR 10,000 CAPSULE, DR 15,000 CAPSULE, DR 20,000 CAPSULE, DR 25,000 CAPSULE, DR 40,000 CAPSULE, DR 60,000 CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	
MYRBETRIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (100 per 10 days)
<i>oxybutynin chloride (5 mg tablet, 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genitourinary Agents		
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap, er 4 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>trospium chloride 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>trospium 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 2)	PA, QL (90 per 30 days)
LITHOSTAT 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
<i>penicillamine 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Genitourinary Agents		
<i>tiopronin (100 mg tablet, dr 100 mg tablet, dr 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
ACTHAR GEL 400 UNIT/5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)
ACTHAR SELFJECT (40 UNIT/0.5 ML, 80 UNIT/ML)	\$0 (Tier 2)	PA
CORTROPHIN (GEL 80 UNIT/ML VIAL, GEL 400 UNIT/5 ML)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 28 days)
<i>deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
<i>fludrocortisone 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	
<i>prednisolone sodium phos odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate (sod 1% eye drop, 5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Adrenal)		
TAPERDEX 7 DAY 1.5 MG TAB PACK	\$0 (Tier 1)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tb, 0.2 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA SV 2 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 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 2)	PA
HUMATROPE (6 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE, 24 MG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
NORDITROPIN FLEXPPO (5 MG/1.5, 10 MG/1.5, 15 MG/1.5, 30 MG/3 ML)	\$0 (Tier 2)	PA
NUTROPIN AQ NUSPIN (5, 10, 20)	\$0 (Tier 2)	PA
OMNITROPE (5 MG/1.5 ML CRTG, 5.8 MG VIAL, 10 MG/1.5 ML CRTG)	\$0 (Tier 2)	PA
SEROSTIM (4 MG VIAL, 5 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
SKYTROFA (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 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Pituitary)		
SOGROYA (5 MG/1.5 ML PEN, 10 MG/1.5 ML PEN, 15 MG/1.5 ML PEN)	\$0 (Tier 2)	PA
ZOMACTON (5 MG VIAL, 10 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
Androgens		
<i>danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>testosterone (1% (25mg/2.5g) pk, 1% (50 mg/5 g) pk, 1.62% (2.5 g) pkt, 1.62% gel pump, 1.62%(1.25 g) pkt, 12.5 mg/1.25 gram, 25 mg/2.5 gm pkt, 30 mg/1.5 ml pump, 50 mg/5 gram gel, 50 mg/5 gram pkt)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>testosterone cypionate</i> (<i>testosteron 2,000 mg/10 ml,</i> <i>testosterone 100 mg/ml,</i> <i>testosterone 200 mg/ml,</i> <i>testosterone 500 mg/2.5 ml,</i> <i>testosterone 500 mg/5 ml,</i> <i>testosterone 1,000 mg/10ml,</i> <i>testosterone 1,000 mg/5 ml,</i> <i>testosterone 2,000 mg/10ml,</i> <i>testosterone 6,000 mg/30ml</i>)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>testosterone enanthate</i> (<i>testosteron 1,000 mg/5 ml,</i> <i>testosterone 200 mg/ml</i>)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
Estrogens		
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0 (Tier 2)	
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<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)
<i>estradiol (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
<i>estradiol (twice weekly) (0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk))</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol 0.05 mg patch (1/wk)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<i>estradiol valerate (20 mg/ml vl, 40 mg/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
ESTRING (2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG) RING)	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
FEMRING (0.05 VAG RING, 0.10 VAG RING)	\$0 (Tier 2)	
IMVEXXY (4 MCG MAINTENANCE PACK, 4 MCG STARTER PACK, 10 MCG MAINTENANCE PAK, 10 MCG STARTER PACK)	\$0 (Tier 2)	QL (18 per 28 days)
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)
MENEST (0.3 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
MENOSTAR 14 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 2)	
PREMARIN (0.3 MG TABLET, 0.45 MG TABLET, 0.625 MG TABLET, 0.9 MG TABLET, 1.25 MG TABLET, VAGINAL CREAM-APPL)	\$0 (Tier 2)	
YUVAFEM (10 MCG INSERT, 10 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers), Other		
ACTIVELLA 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALTAVERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AMETHIA 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
ANGELIQ (0.25 MG-0.5 MG TABLET, 0.5 MG-1 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
BALCOLTRA TABLET	\$0 (Tier 2)	
BALZIVA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BEYAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 2)	
BLISOVI 24 FE TABLET	\$0 (Tier 1)	
BLISOVI FE 1.5-30 TABLET	\$0 (Tier 1)	
BRIELLYN TABLET	\$0 (Tier 1)	
CAMRESE LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
CLIMARA PRO PATCH	\$0 (Tier 2)	
COMBIPATCH (0.05-0.14 MG, 0.05-0.25 MG)	\$0 (Tier 2)	
CRYSELLE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED EQ 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>desogestr-eth estrad eth estra</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (desogestrel-ee 0.15-0.03 mg tb, desogestrel-ethinyl estrad tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<i>drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELURYNG VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENILLORING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENPRESSE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ENSKYCE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol-norethindrone acetat (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol (1mg-35mcg, 1mg-50mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	
FALMINA-28 TABLET	\$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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
HALOETTE VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ICLEVIA 0.15 MG-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INTRAROSA 6.5 MG VAG INSERT	\$0 (Tier 2)	PA
INTROVALE 0.15-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	\$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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
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)	
KARIVA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
KELNOR 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KELNOR 1-50 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KURVELO-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KYLEENA 19.5 MG SYSTEM	\$0 (Tier 2)	PA BVD
LARIN (1.5 MG-30 MCG TABLET, 21 1-20 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LARIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	\$0 (Tier 1)	
LEENA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LESSINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
LEVONEST-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e estrad 0.15-0.03-0.01, levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01, levonorg 0.15mg-ee 20-25-30mcg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1-0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic)</i>	\$0 (Tier 1)	
LEVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LILETTA 52 MG SYSTEM	\$0 (Tier 2)	PA BVD
LO LOESTRIN FE 1-10 TABLET	\$0 (Tier 2)	
LOESTRIN (21 1-20 TABLET, 21 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LOESTRIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
LUTERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MARLISSA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MERZEE 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$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 24 FE 1 MG-20 MCG	\$0 (Tier 1)	
MICROGESTIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIRENA 52 MG SYSTEM	\$0 (Tier 2)	PA BVD
NATAZIA 28 TABLET	\$0 (Tier 2)	
NECON 0.5-35-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
NEXTSTELLIS 3-14.2 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norelgestrom-ee 150-35 mcg/day</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethin-eth estra-ferrous fum (noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75, norethin-estra-fe 0.8-0.025 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind-eth 1-0.02 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron (1 mg/20-30-35 mcg, 1-0.02(21)-75 tab, 1-0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NORTREL (0.5-35-28 TABLET, 1-35 21 TABLET, 1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
NUVARING VAGINAL RING	\$0 (Tier 2)	
NYLIA (1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
NYMYO 0.25-0.035 MG (28) TAB	\$0 (Tier 1)	
OCELLA 3 MG-0.03 MG 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 2)	
PREMPRO (0.3 MG-1.5 MG TABLET, 0.45-1.5 MG TABLET, 0.625-2.5 MG TABLET, 0.625-5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
QUARTETTE TABLET	\$0 (Tier 1)	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
RIVELSA TABLET	\$0 (Tier 1)	
SAFYRAL TABLET	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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 2)	PA BVD
SPRINTEC 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
SRONYX 0.10-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
SYEDA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TARINA 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 EQ TABLET	\$0 (Tier 1)	
TARINA FE 1-20 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TILIA FE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-MILI 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRIVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TURQOZ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TYDEMY 3-0.03-0.451 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VELIVET 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIENVA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
WYMZYA FE (0.4-0.035 MG CHEW TB, CHEWABLE TABLET)	\$0 (Tier 1)	
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
YASMIN 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
YAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35E TABLET	\$0 (Tier 1)	
Progestins		
CAMILA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
CRINONE (4% GEL, 8% GEL)	\$0 (Tier 2)	PA
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
ERRIN 0.35 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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Sex Hormones/Modifiers)		
<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
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0 (Tier 2)	
NORA-BE TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrn 5 mg tb (lupaneta)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindrone 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<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 2)	
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
ERMEZA 150 MCG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
EUTHYROX (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
LEVOXYL (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>liothyronine sodium</i> (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	\$0 (Tier 1)	
REZDIFFRA (60 MG TABLET, 80 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SYNTHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
THYQUIDITY 100 MCG/5 ML SOLN	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifying (Thyroid)		
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 2)	
UNITHROID (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET, 300 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 30 MG SYRINGE KIT	\$0 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 45 MG SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
FIRMAGON (2 X 120 MG KIT, 2 X 120 MG VIALS, 80 MG KIT, 80 MG VIAL, 120 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>leuprolide depot 22.5 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
LUPRON DEPOT (DEPOT 3.75 MG KIT, DEPOT-4 MONTH KIT, DEPOT 7.5 MG KIT, DEPOT 11.25 MG 3MO KIT, DEPOT 22.5 MG 3MO KIT, DEPOT 45 MG 6MO KIT)	\$0 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
LUPRON DEPOT (LUPANETA) (DEPO 11.25MG (LUPANETA), DEPOT 3.75MG (LUPANETA))	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LUPRON DEPOT-PED (7.5 MG KIT, 11.25 MG 3MO, 45 MG 6MO KIT)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>mifepristone 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0 (Tier 2)	PA
<i>octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
ORIAHNN 300-1-0.5MG/300MG CAPS	\$0 (Tier 2)	PA
RECORLEV 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary)		
SOMAVERT (10 MG VIAL, 15 MG VIAL, 20 MG VIAL, 25 MG VIAL, 30 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA
TRELSTAR (3.75 MG VIAL, 11.25 MG VIAL, 22.5 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA NSO

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
Angioedema Agents		
CINRYZE (500 VIAL, 500 VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 2)	PA
HAEGARDA (2,000 VIAL, 3,000 VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
<i>icatibant 30 mg/3 ml syringe</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ORLADEYO (110 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
SAJAZIR 30 MG/3 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA NSO
TAKHZYRO (150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML SYRINGE, 300 MG/2 ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
Immunoglobulins		
BIVIGAM (5 GM/50 ML (10%) VIAL, 10 GM/100 ML (10%) VL, LIQUID 10% VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD LIQUID 10% VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
GAMMAGARD S-D (5 G (IGA<1) SOLN, 10 G (IGA<1) SOL)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
GAMMAKED 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
GAMMAPLEX (2.5 GRAM/50 ML VIAL, 5 GRAM/100 ML VIAL, 5 GRAM/50 ML VIAL, 10 GRAM/100 ML VIAL, 10 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/200 ML VIAL, 20 GRAM/400 ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
OCTAGAM (5% (1 G/20 ML) VIAL, 5% (10 G/200 ML) VIAL, 5% (2.5 G/50 ML) VIAL, 5% (5 G/100 ML) VIAL, 5% VIAL, 10% (10 G/100 ML) VIAL, 10% (2 G/20 ML) VIAL, 10% (20 G/200 ML) VIAL, 10% (30 G/300 ML) VIAL, 10% (5 G/50 ML) VIAL, 10% VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
PANZYGA (10% (1 G/10 ML) VIAL, 10% (10 G/100 ML) VIAL, 10% (2.5 G/25 ML) VIAL, 10% (20 G/200 ML) VIAL, 10% (30 G/300 ML) VIAL, 10% (5 G/50 ML) VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
PRIVIGEN 10% VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
Immunological Agents		
FABHALTA 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
GRASTEK 2,800 BAU SL TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
ODACTRA 12 SQ-HDM SL TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
REZUROCK 200 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
TARPEYO DR 4 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
TAVNEOS 10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
Immunological Agents, Other		
ACTEMRA 162 MG/0.9 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
ACTEMRA ACTPEN 162 MG/0.9 ML	\$0 (Tier 2)	PA
ARCALYST 220 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
BENLYSTA (200 MG/ML AUTOINJECT, 200 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
BIMZELX 160 MG/ML AUTOINJECTOR	\$0 (Tier 2)	PA
BIMZELX 160 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
COSENTYX 300 MG DOSE-2 SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
COSENTYX SENSOREADY 150 MG PEN	\$0 (Tier 2)	PA
COSENTYX SNRDY 300MG DOSE-2PEN	\$0 (Tier 2)	PA
COSENTYX SYRINGE (75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
COSENTYX UNOREADY 300 MG PEN	\$0 (Tier 2)	PA
DUPIXENT PEN (200 MG/1.14 ML PEN, 300 MG/2 ML PEN)	\$0 (Tier 2)	PA
DUPIXENT SYRINGE (100 MG/0.67 ML SYRING, 200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
ILUMYA 100 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
JOENJA 70 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
KEVZARA (150 MG/1.14 ML PEN INJ, 150 MG/1.14 ML SYRINGE, 200 MG/1.14 ML PEN INJ, 200 MG/1.14 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
KINERET 100 MG/0.67 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
LITFULO 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH 100 MG/ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA
OMVOH 100 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
ORENCIA (50 MG/0.4 ML SYRINGE, 87.5 MG/0.7 ML SYRINGE, 125 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
ORENCIA CLICKJECT 125 MG/ML	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
RIDAURA 3 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
SILIQ 210 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML ON-BODY	\$0 (Tier 2)	PA
SOTYKTU 6 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
STELARA (45 MG/0.5 ML SYRINGE, 45 MG/0.5 ML VIAL, 90 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR	\$0 (Tier 2)	PA
TALTZ 80 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
TALTZ SYRINGE (20 MG/0.25 ML SYRINGE, 40 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
TREMFYA (100 MG/ML INJECTOR, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
XELJANZ (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
XELJANZ XR (11 MG TABLET, 22 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
XOLAIR (75 MG/0.5 ML AUTOINJECT, 75 MG/0.5 ML SYRINGE, 150 MG/1.2 ML POWDER VL, 150 MG/ML AUTOINJECTOR, 150 MG/ML SYRINGE, 300 MG/2 ML AUTOINJECT, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
ZILBRYSQ 16.6 MG/0.416 ML SYRN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (12 per 28 days)
ZILBRYSQ 23 MG/0.574 ML SYRING	\$0 (Tier 2)	PA, QL (17 per 28 days)
ZILBRYSQ 32.4 MG/0.81 ML SYRNG	\$0 (Tier 2)	PA, QL (23 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
Immunostimulants		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA NSO
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LEUKINE 250 MCG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
PEGASYS (180 MCG/0.5 ML SYRINGE, 180 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
Immunosuppressants		
ASTAGRAF XL (0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA BVD
AZASAN (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CIMZIA (2X200 MG/ML SYRINGE KIT, 2X200 MG/ML(X3)START KT, 200 MG VIAL KIT)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
<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 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	\$0 (Tier 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 2)	PA
<i>everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
HUMIRA(CF) (CDV HUMIRA(CF) 10 MG/0.1ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 20 MG/0.2ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 40 MG/0.4ML SYR, HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING, HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING, HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING)	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN (CDV HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4ML, CDV HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8ML, HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, HUMIRA(CF) PEN 80 MG/0.8 ML)	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN CRHN-UC-HS 80MG	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN PEDI UC 80 MG	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-AHS 80-40	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
HYFTOR 0.2% GEL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
<i>leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	PA BVD

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
NEORAL (25 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG GELATIN CAPSULE, 100 MG/ML SOLUTION)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
PROGRAF (0.2 MG GRANULE PACKET, 0.5 MG CAPSULE, 1 MG CAPSULE, 1 MG GRANULE PACKET, 5 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
RAPAMUNE (1 MG TABLET, 2 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	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 2)	PA, QL (3 per 28 days)
SIMPONI (50 MG/0.5 ML PEN INJEC, 50 MG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1 per 28 days)
<i>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
<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
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
ZORTRESS (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 0.75 MG TABLET, 1 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA BVD
Vaccines		
ABRYSVO VIAL	\$0 (Tier 2)	
ACTHIB VACCINE	\$0 (Tier 2)	
ADACEL TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	
AREXVY VACCINE	\$0 (Tier 2)	
<i>bcg vaccine (tice strain) vial</i>	\$0 (Tier 2)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
DAPTACEL DTAP VACCINE	\$0 (Tier 2)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids-ped</i>	\$0 (Tier 2)	
ENGERIX-B ADULT (20 MCG/ML SYRN, 20 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
ENGERIX-B PEDI 10 MCG/0.5 SYRN	\$0 (Tier 2)	PA
GARDASIL 9 (9 SYRINGE, 9 VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
HAVRIX (720 UNIT/0.5 ML SYRINGE, 1,440 UNIT/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5 ML SYRNG	\$0 (Tier 2)	PA
HIBERIX VACCINE	\$0 (Tier 2)	
IMOVAX RABIES VACCINE VIAL	\$0 (Tier 2)	
INFANRIX DTAP VACCINE	\$0 (Tier 2)	
IPOL VIAL	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
IXCHIQ VIAL	\$0 (Tier 2)	
IXIARO VACCINE	\$0 (Tier 2)	
JYNNEOS VACCINE	\$0 (Tier 2)	
KINRIX VACCINE	\$0 (Tier 2)	
M-M-R II VACCINE VIAL	\$0 (Tier 2)	
MENACTRA VIAL	\$0 (Tier 2)	
MENQUADFI VIAL	\$0 (Tier 2)	
MENVEO VACCINE	\$0 (Tier 2)	
MRESVIA 50 MCG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
PEDIARIX 0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
PEDVAXHIB VACCINE VIAL	\$0 (Tier 2)	
PENBRAYA VACCINE	\$0 (Tier 2)	
PENTACEL VACCINE	\$0 (Tier 2)	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
PRIORIX VIAL	\$0 (Tier 2)	
PROQUAD VIAL	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
QUADRACEL DTAP-IPV (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	
RABAVERT VACCINE	\$0 (Tier 2)	
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5 ML SYR, 5 MCG/0.5 ML VL, 10 MCG/ML SYR, 10 MCG/ML VIAL, 40 MCG/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
ROTARIX (ORAL SYRINGE, SUSPENSION)	\$0 (Tier 2)	
ROTATEQ VACCINE	\$0 (Tier 2)	
SHINGRIX VACCINE	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 365 days)
<i>tdvax vial</i>	\$0 (Tier 2)	
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	\$0 (Tier 2)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Immunological Agents		
TYPHIM VI (25 MCG/0.5 ML AL, 25 MCG/0.5 ML SYRNG)	\$0 (Tier 2)	
VAQTA (25 UNITS/0.5 ML SYRINGE, 25 UNITS/0.5 ML VIAL, 50 UNITS/ML SYRINGE, 50 UNITS/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	
VARIVAX VACCINE	\$0 (Tier 2)	
VAXCHORA VACCINE	\$0 (Tier 2)	
YF-VAX (1 VIAL, 5 VIAL)	\$0 (Tier 2)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Inflammatory Bowel Disease Agents		
<i>mesalamine dr 400 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mesalamine er 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
PENTASA 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	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)	
نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Metabolic Bone Disease Agents		
Metabolic Bone Disease Agents		
<i>alendronate sod 70 mg/75 ml</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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)
<i>calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
RAYALDEE (ER 30 MCG CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Metabolic Bone Disease Agents		
<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 (4 per 28 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
<i>teriparatide (600 mcg/2.4ml pen, 620 mcg/2.48 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
TYMLOS 80 MCG DOSE PEN INJECTR	\$0 (Tier 2)	PA, QL (2 per 30 days)
XGEVA 120 MG/1.7 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
Ophthalmic Agents, Other		
<i>atropine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCYCIN HC EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-bacit-polymix eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	\$0 (Tier 2)	PA
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (7 per 30 days)
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i>	\$0 (Tier 1)	
TYRVAYA 0.03 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA, QL (8.4 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
VUITY 1.25% EYE DROP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (5 per 30 days)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
Ophthalmic Anti-Infectives		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<i>bacitracin 500 unit/gm ophth</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>bacitracin-polymyxin eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
BESIVANCE 0.6% SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0 (Tier 2)	PA
<i>ciprofloxacin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levofloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (10% drops, 10% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
XDEMVIY 0.25% DROP	\$0 (Tier 2)	PA
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0 (Tier 2)	
Ophthalmic Anti-allergy Agents		
ALOMIDE 0.1% EYE DROP	\$0 (Tier 2)	ST
<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)	QL (3.4 per 180 days)
<i>dexamethasone 0.1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>difluprednate 0.05% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	PA
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<i>fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flurbiprofen 0.03% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<i>ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol 0.5% ophthalmic gel</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
<i>loteprednol etabonate (0.2% drp, 0.5% drp)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0 (Tier 2)	QL (6 per 180 days)
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	\$0 (Tier 2)	
<i>carteolol hcl 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levobunolol 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>timolol maleate (0.25% gel-solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel-solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other		
<i>acetazolamide er 500 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Ophthalmic Agents		
<i>brimonidine-timolol 0.2%-0.5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>brinzolamide 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dorzolamide hcl 2% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<i>latanoprost 0.005% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	ST
<i>methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)</i>	\$0 (Tier 1)	
RHOPRESSA 0.02% OPHTH SOLUTION	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 30 days)
<i>travoprost 0.004% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	ST

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Otic Agents		
Otic Agents		
<i>acetic acid 2% ear solution</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Otic Agents		
CIPRO HC OTIC SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	
<i>ciproflox-dexameth otic susp</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)	

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Anti-inflammatories, Inhaled Corticosteroids		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flunisolide 0.025% spray</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
<i>fluticasone prop 100mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<i>fluticasone prop 250 mcg disk</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg diskus</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>fluticasone prop 50 mcg spray</i>	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0 (Tier 2)	QL (21.2 per 30 days)
Antihistamines		
<i>azelastine 0.1% (137 mcg) spry</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrpr)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>desloratadine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocetirizine 5 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Antileukotrienes		
<i>montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Bronchodilators, Anticholinergic		
ATROVENT 17 MCG HFA INHALER	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium br 0.02% soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
<i>tiotropium 18 mcg cap-inhaler</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
Bronchodilators, Sympathomimetic		
<i>albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<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)
<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)
SEREVENT DISKUS 50 MCG	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
Cystic Fibrosis Agents		
BRONCHITOL 40 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 2)	PA
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
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 2)	PA, QL (60 per 30 days)
ORKAMBI (100 MG-125 MG TABLET, 200 MG-125 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (112 per 28 days)
ORKAMBI (75-94 MG GRANULE PKT, 100-125 MG GRANULE PKT, 150-188 MG GRANULE PKT)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
PULMOZYME 1 MG/ML AMPUL	\$0 (Tier 2)	PA BVD
SYMDEKO (50/75 MG-75 MG TABLETS, 100/150 MG-150 MG TABS)	\$0 (Tier 2)	PA
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 2)	PA
<i>tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
TRIKAFTA (80-40-60MG/59.5MG PKT, 100-50-75 MG/75MG PKT)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
Mast Cell Stabilizers		
<i>cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)</i>	\$0 (Tier 1)	
Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease		
<i>roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Pulmonary Antihypertensives		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, LA
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
OPSUMIT 10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, LA
OPSYNVI (10-20 MG TABLET, 10-40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (30 per 30 days)
ORENITRAM ER (ER 0.125 MG TABLET, ER 0.25 MG TABLET, ER 1 MG TABLET, ER 2.5 MG TABLET, ER 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	\$0 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	\$0 (Tier 2)	PA
<i>sildenafil 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, LA, QL (120 per 30 days)
TYVASO DPI (16 MCG CARTRIDGE, 16-32-48 MCG TITRAT, 32 MCG CARTRIDGE, 32-48 MCG MAINT KIT, 48 MCG CARTRIDGE, 64 MCG CARTRIDGE)	\$0 (Tier 2)	PA
UPTRAVI (200 MCG TABLET, 400 MCG TABLET, 600 MCG TABLET, 800 MCG TABLET, 1,000 MCG TABLET, 1,200 MCG TABLET, 1,400 MCG TABLET, 1,600 MCG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
Pulmonary Fibrosis Agents		
OFEV (100 MG CAPSULE, 150 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)
<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)	
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG INH	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
BREO ELLIPTA (50-25 MCG INHALER, 100-25 MCG INHALR, 200-25 MCG INHALR)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
BREYNA (80-4.5 MCG INHALER, 160-4.5 MCG INHALER)	\$0 (Tier 1)	QL (33 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALER	\$0 (Tier 2)	QL (10.7 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
<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 2)	QL (4 per 30 days)
FASENRA (10 MG/0.5 ML SYRINGE, 30 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
FASENRA PEN 30 MG/ML	\$0 (Tier 2)	PA
<i>fluticasone prop hfa 220 mcg</i>	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)</i>	\$0 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol hfa (45-21, 115-21, 230-21)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
NUCALA (100 MG/ML AUTO-INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (3 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Respiratory Tract/Pulmonary Agents		
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (0.4 per 28 days)
STIOLTO RESPIMAT (INHAL SPRAY, INHALER (10), INHALER (60))	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25, 200-62.5-25)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
WIXELA INHUB (100-50, 250-50, 500-50)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Sleep Disorder Agents		
Sleep Promoting Agents		
<i>eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>ramelteon 8 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tasimelteon 20 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
Wakefulness Promoting Agents		
<i>armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Sleep Disorder Agents		
<i>modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>sodium oxybate 0.5 g/ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
XYWAV 0.5 GM/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, LA

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
Supplies		
<i>needles, insulin disp., safety</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 14 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با OneCare توسط شماره تلفن 1-877-412-2734 (TTY 711)

، در 24 ساعت شبانه روز و طی 7 روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است. برای اطلاعات بیشتر به www.caloptima.org/onecare مراجعه نمایید.

لیست داروهای تحت پوشش	ACTEMRA ACTPEN.....	208	<i>alprazolam</i>	108
در این قسمت می توانید دارو را با جستجوی نام دارو بر اساس حروف الفبا پیدا کنید. با اینکار شماره صفحه را پیدا کرده که در آن می توانید اطلاعات اضافی مربوط به پوشش را برای داروی خود پیدا کنید.	ACTHAR.....	179	ALTAVERA.....	187
	ACTHAR SELFJECT.....	179	ALUNBRIG.....	71
	ACTHIB VACCINE.....	218	ALYACEN.....	187
	ACTIMMUNE.....	213	ALYQ.....	238
	ACTIVELLA.....	187	<i>amantadine</i>	87
	<i>acyclovir</i>	106,159	<i>ambrisentan</i>	238
	<i>acyclovir sodium</i>	106	<i>amcinonide</i>	154
1	ADACEL TDAP.....	218	AMETHIA.....	187
1st Generation/Typical.....	<i>adefovir dipivoxil</i>	104	<i>amikacin sulfate</i>	29
	ADEMPAS.....	238	<i>amiloride hcl</i>	139
2	ADLARITY.....	49	<i>amiloride-</i>	
2nd Generation/Atypical.....	AEMCOLO.....	169	<i>hydrochlorothiazide</i>	135
	AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	62	Aminoglycosides.....	29
A	AJOVY AUTOINJECTOR.....	63	Aminosaliclates and/or	
<i>abacavir</i>	AJOVY SYRINGE.....	63	Prodrugs.....	222
<i>abacavir-lamivudine</i>	AKEEGA.....	70	<i>amiodarone hcl</i>	128
ABELCET.....	ALA-CORT.....	154	<i>amitriptyline hcl</i>	56
ABILIFY ASIMTUFII.....	<i>albendazole</i>	85	<i>amlodipine besylate</i>	132
ABILIFY MAINTENA.....	<i>albuterol sulfate</i>	234	<i>amlodipine besylate-</i>	
ABILIFY MYCITE 10 MG.....	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg</i>		<i>benazepril</i>	135
ABILIFY MYCITE 15 MG.....	<i>inhaler (Proair generic)</i>	234	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	135
ABILIFY MYCITE 2 MG.....	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg</i>		<i>amlodipine-olmesartan</i>	135
ABILIFY MYCITE 20 MG.....	<i>inhaler (Proventil generic)</i>	235	<i>amlodipine-valsartan</i>	135
ABILIFY MYCITE 30 MG.....	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg</i>		<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	135
ABILIFY MYCITE 5 MG.....	<i>inhaler (Ventolin generic)</i>	235	<i>ammonium lactate</i>	154
<i>abiraterone acetate</i>	Alcohol Deterrents/Anti-		AMNESTEEM.....	153
ABRYSVO VIAL.....	craving.....	27	<i>amoxapine</i>	56
<i>acamprosate calcium</i>	ALECENSA.....	70	<i>amoxicillin</i>	34
<i>acarbose</i>	<i>alendronate sodium</i>	223,224	<i>amoxicillin-clavulanate</i>	
ACCUTANE.....	<i>alfuzosin hcl er</i>	178	<i>potass</i>	34
<i>acebutolol hcl</i>	<i>aliskiren</i>	135	<i>amphotericin b</i>	59
<i>acetaminophen-codeine</i>	Alkylating Agents.....	66	<i>amphotericin b liposome</i>	59
<i>acetaminophen-codeine 120-12</i>	<i>allopurinol</i>	62	<i>ampicillin sodium</i>	35
<i>mg/5</i>	<i>alogliptin</i>	110	<i>ampicillin trihydrate</i>	34
<i>acetazolamide</i>	<i>alogliptin-metformin</i>	110	<i>ampicillin-sulbactam</i>	35
<i>acetazolamide er</i>	ALOMIDE.....	228	Amyotrophic Lateral Sclerosis	
<i>acetic acid</i>	<i>alose tron hcl</i>	169	(ALS) Agents.....	144
<i>acetylcysteine</i>	Alpha-adrenergic Agonists.....	125	<i>anagrelide hcl</i>	121
<i>acitretin</i>	Alpha-adrenergic Blocking		ANALGESICS.....	21
Acne and Rosacea Agents.....	Agents.....	126		
ACTEMRA.....				

Analgesics Combinations	21	Anti-influenza Agents	106	Antispasmodics, Urinary	177
<i>anastrozole</i>	70	Antiandrogens	66	ANTISPASTICITY AGENTS	98
Androgens	183	Antiangiogenic Agents	67	Antispasticity Agents	98
ANESTHETICS	26	Antiarrhythmics	128	Antithyroid Agents	205
ANGELIQ	187	ANTIBACTERIALS	29	Antituberculars	65
Angioedema Agents	206	Antibacterials, Other	29	Antiviral, Coronavirus	
Angiotensin II Receptor		Anticholinergics	86	Agents	107
Antagonists	126	Anticoagulants	119	ANTIVIRALS	98
Angiotensin-converting Enzyme		ANTICONVULSANTS	40	ANUSOL-HC	223
(ACE) Inhibitors	127	Anticonvulsants, Other	40	ANXIOLYTICS	107
ANNOVERA	184	ANTIDEMENTIA AGENTS	49	Anxiolytics, Other	107
ANORO ELLIPTA	240	Antidementia Agents, Other	49	<i>apraclonidine hcl</i>	230
Anthelmintics	85	ANTIDEPRESSANTS	51	<i>aprepitant</i>	58
ANTI-		Antidepressants, Other	51	APRI	187
ADDICTION/SUBSTANCE		Antidiabetic Agents	109	APTIOM	46,47
ABUSE TREATMENT		ANTIEMETICS	57	APTIVUS	102
AGENTS	27	Antiemetics, Other	57	ARALAST NP	172,173
Anti-Constipation Agents	168	Antiestrogens/Modifiers	68	ARANELLE	187
Anti-cytomegalovirus (CMV)		ANTIFUNGALS	59	ARANESP	121
Agents	103	Antifungals	59	ARCALYST	208
Anti-diarrheal Agents	169	ANTIGOUT AGENTS	62	AREXVY VACCINE	218
Anti-hepatitis B (HBV)		Antigout Agents	62	<i>arformoterol tartrate</i>	235
Agents	104	Antiherpetic Agents	106	ARIKAYCE	29
Anti-hepatitis C (HCV)		Antihistamines	233	<i>aripiprazole</i>	92
Agents	105	Antileukotrienes	233	<i>aripiprazole odt</i>	92
Anti-HIV Agents, Integrase		Antimetabolites	68	ARISTADA	92
Inhibitors (INSTI)	98	ANTIMIGRAINE AGENTS	62	ARISTADA INITIO	92
Anti-HIV Agents, Non-		Antimigraine Agents	62	<i>armodafinil</i>	243
nucleoside Reverse		ANTIMYASTHENIC		ARNUITY ELLIPTA	232
Transcriptase Inhibitors		AGENTS	65	Aromatase Inhibitors, 3rd	
(NNRTI)	99	ANTIMYCOBACTERIALS	65	Generation	70
Anti-HIV Agents, Nucleoside		Antimycobacterials, Other	65	<i>asenapine maleate</i>	92
and Nucleotide Reverse		ANTINEOPLASTICS	66	ASHLYNA	187
Transcriptase Inhibitors		Antineoplastics, Other	69	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	124
(NRTI)	100	ANTIPARASITICS	85	ASPRUZYO SPRINKLE	136
Anti-HIV Agents, Other	101	ANTIPARKINSON AGENTS	86	ASTAGRAF XL	213
Anti-HIV Agents, Protease		Antiparkinson Agents, Other	87	<i>atazanavir sulfate</i>	102
Inhibitors (PI)	102	Antiprotozoals	85	<i>atenolol</i>	130
Anti-inflammatories, Inhaled		ANTIPSYCHOTICS	89	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	136
Corticosteroids	232	Antispasmodics,		<i>atomoxetine hcl</i>	145,146
		Gastrointestinal	170	<i>atorvastatin calcium</i>	140

<i>atovaquone</i>	85	<i>balsalazide disodium</i>	222	BIMZELX AUTOINJECTOR	209
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	85	BALVERSA.....	71	BIPOLAR AGENTS.....	109
<i>atropine sulfate</i>	225	BALZIVA.....	188	<i>bisoprolol fumarate</i>	130
ATROVENT HFA.....	234	BAQSIMI.....	114	<i>bisoprolol-</i>	
Attention Deficit Hyperactivity		BARACLUDGE.....	104	<i>hydrochlorothiazide</i>	136
Disorder Agents,		BAXDELA.....	38	BIVIGAM.....	206
Amphetamines.....	144	<i>bcg vaccine (tice strain)</i>	218	BLISOVI 24 FE.....	188
Attention Deficit Hyperactivity		<i>benazepril hcl</i>	127	BLISOVI FE.....	188
Disorder Agents, Non-		<i>benazepril-</i>		BLOOD GLUCOSE	
amphetamines.....	145	<i>hydrochlorothiazide</i>	136	REGULATORS.....	109
AUBRA.....	187	Benign Prostatic Hypertrophy		BLOOD PRODUCTS AND	
AUBRA EQ.....	187	Agents.....	178	MODIFIERS.....	119
AUGTYRO.....	69	BENLYSTA.....	208	Blood Products and Modifiers,	
AUSTEDO.....	147	Benzodiazepines.....	108	Other.....	121
AUSTEDO XR.....	147,148	<i>benztropine mesylate</i>	86	BOOSTRIX TDAP.....	218
AUSTEDO XR TITRATION		BESIVANCE.....	227	<i>bosentan</i>	238
KT(WK1-4).....	148	BESREMI.....	213	BOSULIF.....	71
AUVELITY.....	51	Beta-adrenergic Blocking		BRAFTOVI.....	71
AVIANE.....	187	Agents.....	130	BREO ELLIPTA.....	240
AVONEX.....	149	Beta-lactam, Cephalosporins	32	BREYNA.....	240
AVONEX PEN.....	149	Beta-lactam, Penicillins.....	34	BREZTRI AEROSPHERE.....	240
AVYCAZ.....	32	<i>betaine anhydrous</i>	173	BRIELLYN.....	188
AYVAKIT.....	71	<i>betamethasone diprop</i>		BRILINTA.....	124
AZASAN.....	213	<i>augmented</i>	154	<i>brimonidine tartrate</i>	230
AZASITE.....	227	<i>betamethasone</i>		<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	231
<i>azathioprine</i>	213	<i>dipropionate</i>	154	<i>brinzolamide</i>	231
<i>azelaic acid</i>	153	<i>betamethasone valerate</i>	154	BRIVIACT.....	40
<i>azelastine hcl</i>	228,233	BETASERON 0.3 MG		<i>bromfenac sodium</i>	228
<i>azithromycin</i>	37	INJECTION.....	149	<i>bromocriptine mesylate</i>	87
<i>azithromycin 250 mg tablet</i>		<i>betaxolol hcl</i>	130,230	BRONCHITOL.....	235
(<i>dose pack</i>).....	37	<i>bethanechol chloride</i>	178	Bronchodilators,	
<i>azithromycin 500 mg tablet</i>		BETOPTIC S.....	230	Anticholinergic.....	234
(<i>dose pack</i>).....	37	<i>bexarotene</i>	84	Bronchodilators,	
<i>aztreonam</i>	29	BEXSERO.....	218	Sympathomimetic.....	234
AZURETTE.....	187	BEYAZ.....	188	BRUKINSA.....	72
		<i>bicalutamide</i>	67	<i>budesonide</i>	223,232
B		BICILLIN C-R.....	35	<i>budesonide dr</i>	223
<i>bacitracin</i>	227	BICILLIN L-A.....	35	<i>budesonide ec</i>	223
<i>bacitracin-polymyxin</i>	227	BIKTARVY.....	98	<i>budesonide-formoterol</i>	
<i>baclofen</i>	98	<i>bimatoprost</i>	230	<i>fumarate</i>	241
BALCOLTRA.....	188	BIMZELX.....	209	<i>bumetanide</i>	138

<i>buprenorphine hcl</i>	27	<i>carbidopa-levodopa-</i>	CHOLBAM.....	173
<i>buprenorphine-naloxone</i>	27	<i>entacapone</i>	<i>cholestyramine</i>	141
<i>bupropion hcl</i>	51	CARDIOVASCULAR	<i>cholestyramine light</i>	141
<i>bupropion hcl sr</i>	28,51	AGENTS.....	Cholinesterase Inhibitors....	49
<i>bupropion xl</i>	51	Cardiovascular Agents,	<i>ciclopirox</i>	159
<i>buspirone hcl</i>	107	Other.....	<i>cilostazol</i>	125
<i>butalbital-acetaminophen-</i>		<i>carglumic acid</i>	CILOXAN.....	227
<i>caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	21	<i>carisoprodol</i>	CIMDUO.....	100
BYDUREON BCISE.....	110	<i>carteolol hcl</i>	<i>cimetidine</i>	171
		CARTIA XT.....	CIMZIA.....	213
		<i>carvedilol</i>	<i>cinacalcet hcl</i>	224
C		<i>casprofungin acetate</i>	CINRYZE.....	206
<i>cabergoline</i>	203	CAYSTON.....	CIPRO HC.....	232
CABLIVI.....	124	<i>cefaclor</i>	<i>ciprofloxacin hcl</i>	38,227
CABOMETYX.....	72	<i>cefadroxil</i>	<i>ciprofloxacin-d5w</i>	38
<i>calcipotriene</i>	157	<i>cefazolin sodium</i>	<i>ciprofloxacin-</i>	
Calcitonin Gene-Related		<i>cefdinir</i>	<i>dexamethasone</i>	232
Peptide (CGRP) Receptor		<i>cefepime hcl</i>	<i>citalopram hbr</i>	52
Antagonists.....	62	<i>cefixime</i>	CLARAVIS.....	153
<i>calcitonin-salmon</i>	224	<i>cefotetan</i>	<i>clarithromycin</i>	37
<i>calcitriol</i>	224	<i>cefoxitin</i>	CLEOCIN.....	159
Calcium Channel Blocking		<i>cefpodoxime proxetil</i>	CLIMARA PRO.....	188
Agents, Dihydropyridines....	132	<i>cefprozil</i>	<i>clindamycin (pediatric)</i>	30
Calcium Channel Blocking		<i>ceftazidime</i>	<i>clindamycin 1% gel</i>	159
Agents,		<i>ceftriaxone</i>	<i>clindamycin hcl</i>	30
Nondihydropyridines.....	132	<i>cefuroxime</i>	<i>clindamycin pediatric</i>	30
Calcium Channel Modifying		<i>cefuroxime sodium</i>	<i>clindamycin phos-benzoyl</i>	
Agents.....	43	<i>celecoxib</i>	<i>perox</i>	153
CALQUENCE.....	72	CELLCEPT.....	<i>clindamycin phosphate</i>	30,159
CAMILA.....	198	CENTRAL NERVOUS	<i>clindamycin phosphate-d5w</i>	30
CAMRESE LO.....	188	SYSTEM AGENTS.....	CLINIMIX.....	164
CAMZYOS.....	136	Central Nervous System	CLINIMIX E.....	164
<i>candesartan cilexetil</i>	126	Agents, Other.....	CLINISOL.....	164
CAPLYTA.....	93	<i>cephalexin</i>	<i>clobazam</i>	43
CAPRELSA.....	72	<i>cevimeline hcl</i>	<i>clobetasol emollient</i>	154
<i>carbamazepine</i>	47	CHEMET.....	<i>clobetasol propionate</i>	155
<i>carbamazepine er</i>	47	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	<i>clomipramine hcl</i>	56
Carbapenems.....	36	<i>chlorhexidine gluconate</i>	<i>clonazepam</i>	43,44
<i>carbidopa</i>	88	<i>chloroquine phosphate</i>	<i>clonidine</i>	125
<i>carbidopa-levodopa</i>	88	<i>chlorpromazine hcl</i>	<i>clonidine hcl</i>	126
<i>carbidopa-levodopa er</i>	88	<i>chlorthalidone</i>	<i>clonidine hcl er</i>	146

<i>clopidogrel</i>	125	CYRED EQ.....	188	<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml</i>
<i>clorazepate dipotassium</i>	44	CYSTAGON.....	173	<i>spr</i>
<i>clotrimazole</i>	59	CYSTARAN.....	173	<i>desmopressin acetate</i>
<i>clotrimazole-</i>		Cystic Fibrosis Agents.....	235	<i>desogestr-eth estrad eth</i>
<i>betamethasone</i>	157	D		<i>estra</i>
<i>clozapine</i>	97	<i>dabigatran etexilate</i>	119	<i>desogestrel-ethinyl</i>
<i>clozapine odt</i>	97	<i>dalfampridine er</i>	149	<i>estradiol</i>
COARTEM.....	85	DALVANCE.....	30	<i>desonide</i>
<i>codeine sulfate</i>	25	<i>danazol</i>	183	<i>desoximetasone</i>
<i>colchicine</i>	62	<i>dantrolene sodium</i>	98	<i>desvenlafaxine er</i>
<i>colesevelam hcl</i>	110,141	<i>dapsone</i>	65	<i>desvenlafaxine succinate er</i>
<i>colestipol hcl</i>	141	DAPTACEL DTAP.....	219	<i>dexamethasone</i>
<i>colistimethate</i>	30	<i>daptomycin</i>	30	<i>dexamethasone sodium</i>
COMBIPATCH.....	188	<i>darifenacin er</i>	177	<i>phosphate</i>
COMBIVENT RESPIMAT.....	241	<i>darunavir</i>	102	<i>dextroamphetamine</i>
COMETRIQ.....	72	DAURISMO.....	72	<i>sulfate</i>
COMPLERA.....	99	DAYBUE.....	173
CONSTULOSE.....	168	DEBLITANE.....	198	<i>dextroamphetamine-amphet</i>
COPIKTRA.....	72	<i>deferasirox</i>	163	<i>er</i>
CORLANOR.....	136	<i>deferiprone</i>	163	<i>dextroamphetamine-</i>
CORTROPHIN.....	179	<i>deferiprone (3 times a day)</i>	163	<i>amphetamine</i>
COSENTYX (2 SYRINGES).....	209	<i>deflazacort</i>	179
COSENTYX SENSOREADY (2		DELSTRIGO.....	99	<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i>
PENS).....	209	<i>demeclocycline hcl</i>	39	<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i>
COSENTYX SENSOREADY		DENTAL AND ORAL		<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i>
PEN.....	209	AGENTS.....	152	<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>
COSENTYX SYRINGE.....	209	Dental and Oral Agents.....	152	<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>
COSENTYX UNOREADY		DEPO-ESTRADIOL.....	184	<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>
PEN.....	209	DEPO-SUBQ PROVERA		<i>dextrose in water</i>
COTELLIC.....	72	104.....	198	DIACOMIT.....
CREON.....	173	Dermatitis and Pruritus		<i>diazepam</i>
CRINONE.....	198	Agents.....	154
<i>cromolyn sodium</i>	228,237	DERMATOLOGICAL		<i>diazoxide</i>
CROTAN.....	158	AGENTS.....	152	<i>diclofenac epolamine</i>
CRYSSELLE.....	188	Dermatological Agents,		<i>diclofenac potassium</i>
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	242	Other.....	157	<i>diclofenac sodium</i>
<i>cyclophosphamide</i>	66	DESCOVY.....	100	<i>er</i>
<i>cyclosporine</i>	214,225	<i>desipramine hcl</i>	56	<i>dicloxacillin sodium</i>
<i>cyclosporine modified</i>	214	<i>desloratadine</i>	233
<i>cyproheptadine hcl</i>	233			<i>dicyclomine hcl</i>
CYRED.....	188		
				DIFICID.....
			
				<i>diflorasone diacetate</i>
			

<i>difluprednate</i>	229	<i>doxercalciferol</i>	224	ELIGARD.....	203
<i>digoxin</i>	128, 129, 136	DOXY 100.....	39	ELIGARD 22.5 MG	
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	63	<i>doxycycline hyclate</i>	39, 152	SYRINGE.....	203
DILANTIN.....	47	<i>doxycycline monohydrate</i>	39	ELIGARD 30 MG	
DILANTIN-125.....	47	DRIZALMA SPRINKLE.....	53	SYRINGE.....	203
DILT-XR.....	133	<i>dronabinol</i>	58	ELIGARD 45 MG	
<i>diltiazem 12hr er</i>	133	<i>drospirenone-eth estra-</i>		SYRINGE.....	203
<i>diltiazem 24hr er</i>	133	<i>levomef</i>	189	ELIGARD 7.5 MG	
<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	133	<i>drospirenone-ethinyl</i>		SYRINGE.....	203
<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	133	<i>estradiol</i>	189	ELIQUIS.....	119
<i>diltiazem hcl</i>	133	DROXIA.....	173	ELMIRON.....	178
<i>dimethyl fumarate</i>	149	<i>droxidopa</i>	126	ELURYNG.....	189
<i>diphenoxylate-atropine</i>	169	DUAVEE.....	199	ELYXYB.....	62
<i>diphtheria-tetanus toxoids-</i>		<i>duloxetine hcl</i>	53	Emetogenic Therapy	
<i>ped</i>	219	DUPIXENT PEN.....	209	Adjuncts.....	58
<i>dipyridamole</i>	125	DUPIXENT SYRINGE.....	209	EMGALITY 300 MG (100 MG X	
<i>disopyramide phosphate</i>	129	<i>dutasteride</i>	178	3 SYRINGE).....	63
<i>disulfiram</i>	27	Dyslipidemics, Fibric Acid		EMGALITY PEN.....	63
Diuretics, Loop.....	138	Derivatives.....	140	EMGALITY SYRINGE.....	63
Diuretics, Potassium-		Dyslipidemics, HMG CoA		EMSAM.....	52
sparing.....	139	Reductase Inhibitors.....	140	<i>emtricitabine</i>	101
Diuretics, Thiazide.....	139	Dyslipidemics, Other.....	141	<i>emtricitabine-tenofovir</i>	
DIURIL.....	139	E		<i>disop</i>	101
<i>divalproex sodium</i>	40	<i>ec-naproxen</i>	22	EMTRIVA.....	101
<i>divalproex sodium er</i>	41	<i>econazole nitrate</i>	159	<i>enalapril maleate</i>	127
<i>dofetilide</i>	129	EDURANT.....	100	<i>enalapril-</i>	
DOJOLVI.....	163	<i>efavirenz</i>	100	<i>hydrochlorothiazide</i>	136
DOLISHALE.....	188	<i>efavirenz-emtric-tenofov</i>		ENBREL.....	214
<i>donepezil hcl</i>	49	<i>disop</i>	100	ENBREL MINI.....	214
<i>donepezil hcl odt</i>	49	<i>efavirenz-lamivu-tenofov</i>		ENBREL SURECLICK.....	214
Dopamine Agonists.....	87	<i>disop</i>	100	ENDOCET.....	21
Dopamine Precursors and/or L-		<i>disop</i>	100	ENGERIX-B ADULT.....	219
Amino Acid Decarboxylase		EGRIFTA SV.....	181	ENGERIX-B PEDIATRIC-	
Inhibitors.....	88	Electrolyte/Mineral		ADOLESCENT.....	219
DOPTELET.....	125	Replacements.....	160	ENILLORING.....	189
<i>dorzolamide hcl</i>	231	Electrolyte/Mineral/Metal		<i>enoxaparin sodium</i>	119
<i>dorzolamide-timolol</i>	226	Modifiers.....	163	ENPRESSE.....	189
DOTTI.....	184	ELECTROLYTES/MINERALS/		ENSKYCE.....	189
DOVATO.....	99	METALS/VITAMINS.....	160	ENSPRYNG.....	150
<i>doxazosin mesylate</i>	126	Electrolytes/Minerals/Metals/Vit		<i>entacapone</i>	87
<i>doxepin hcl</i>	56, 155	amins.....	164	<i>entecavir</i>	104

ENTRESTO.....	136	<i>etonogestrel-ethinyl</i>	<i>fluconazole in saline</i>	60
ENULOSE.....	168	<i>estradiol</i>	<i>fluconazole-nacl</i>	60
EPCLUSA.....	105	<i>etravirine</i>	<i>flucytosine</i>	60
EPIDIOLEX.....	41	EUTHYROX.....	<i>fludrocortisone acetate</i>	180
<i>epinephrine</i>	235	<i>everolimus</i>	<i>flunisolide</i>	232
EPITOL.....	47	EVOTAZ.....	<i>fluocinolone acetonide</i>	155
<i>eplerenone</i>	142	<i>exemestane</i>	<i>fluocinolone acetonide oil</i> ..	232
EPOGEN.....	122	EYSUVIS.....	<i>fluocinonide</i>	155
EPRONTIA.....	41	<i>ezetimibe</i>	<i>fluocinonide-e</i>	155
ERAXIS.....	60	F	<i>fluoride</i>	160
<i>ergoloid mesylates</i>	49	FABHALTA.....	<i>fluorometholone</i>	229
Ergot Alkaloids.....	63	FALMINA.....	<i>fluorouracil</i>	157
ERIVEDGE.....	72	<i>falciclovir</i>	<i>fluoxetine hcl</i>	54
ERLEADA.....	67	<i>famotidine</i>	<i>fluphenazine decanoate</i>	89
<i>erlotinib hcl</i>	73	FANAPT.....	<i>fluphenazine hcl</i>	89
ERMEZA.....	200	FARXIGA.....	<i>flurbiprofen sodium</i>	229
ERRIN.....	198	FASENRA.....	<i>fluticasone</i>	
<i>ertapenem</i>	36	FASENRA PEN.....	<i>propionate</i>	155,232,233
ERYTHROCIN		<i>felbamate</i>	<i>fluticasone propionate hfa</i> ..	241
LACTOBIONATE.....	38	<i>felodipine er</i>	<i>fluticasone-salmeterol</i>	241
<i>erythromycin</i>	38,159,227	FEMRING.....	<i>fluticasone-salmeterol hfa</i> ..	241
<i>erythromycin-benzoyl</i>		<i>fenofibrate</i>	<i>fluvoxamine maleate</i>	54
<i>peroxide</i>	153	<i>fenofibric acid</i>	FML FORTE.....	229
<i>escitalopram oxalate</i>	53	<i>fentanyl</i>	<i>fondaparinux sodium</i>	119
<i>esomeprazole magnesium</i> ..	172	<i>fentanyl citrate</i>	<i>fosamprenavir calcium</i>	103
ESTARYLLA.....	189	FERRIPROX.....	<i>fosfomycin tromethamine</i>	30
ESTRACE.....	184	<i>fesoterodine fumarate er</i> ...	<i>fosinopril sodium</i>	127
<i>estradiol</i>	185	FETZIMA.....	<i>fosinopril-</i>	
<i>estradiol (once weekly)</i>	185	Fibromyalgia Agents.....	<i>hydrochlorothiazide</i>	137
<i>estradiol (twice weekly)</i>	185	FILSPARI.....	FOTIVDA.....	73
<i>estradiol valerate</i>	185	FILSUVEZ.....	FRAGMIN.....	119,120
<i>estradiol-norethindrone</i>		<i>finasteride</i>	FRUZAQLA.....	73
<i>acetat</i>	189	<i>finngolimod</i>	FULPHILA.....	122
ESTRING.....	185	FINTEPLA.....	<i>furosemide</i>	139
Estrogens.....	184	FINZALA.....	FUZEON.....	101
<i>eszopiclone</i>	243	FIRMAGON.....	FYAVOLV.....	189
<i>ethambutol hcl</i>	65	FLAREX.....	FYCOMPA.....	41
<i>ethosuximide</i>	43	<i>flavoxate hcl</i>	FYLNETRA.....	122
<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i> ..	189	<i>flecainide acetate</i>	G	
<i>etodolac</i>	22	<i>fluconazole</i>	<i>gabapentin</i>	44


GALAFOLD.....	173	Genitourinary Agents, Other	178	GVOKE PFS 2-PACK	
<i>galantamine er</i>	50	GENOTROPIN.....	181	SYRINGE.....	115
<i>galantamine hbr</i>	50	<i>gentamicin sulfate</i> ..	29,159,227		
<i>galantamine hydrobromide</i> ..	50	<i>gentamicin sulfate in ns</i>	29		
Gamma-aminobutyric Acid		GENVOYA.....	99	H	
(GABA) Augmenting Agents	46	GILENYA.....	150	HAEGARDA.....	206
Gamma-Aminobutyric Acid		GILOTRIF.....	73	HAILEY 24 FE.....	190
(GABA) Modulating Agents	43	GIMOTI.....	57	<i>halobetasol propionate</i>	156
GAMMAGARD LIQUID.....	206	GLASSIA.....	173	HALOETTE.....	190
GAMMAGARD S-D.....	206	<i>glatiramer acetate</i>	150	<i>haloperidol</i>	89
GAMMAKED.....	207	GLATOPA.....	150	<i>haloperidol decanoate</i>	90
GAMMAPLEX.....	207	GLEOSTINE.....	66	<i>haloperidol decanoate 100</i> ..	89
GAMUNEX-C.....	207	<i>glimepiride</i>	110	<i>haloperidol lactate</i>	90
GARDASIL 9.....	219	<i>glipizide</i>	110	HAVRIX.....	219
GASTROINTESTINAL		<i>glipizide er</i>	110	HEATHER.....	198
AGENTS.....	168	<i>glipizide xl</i>	110,111	HEMADY.....	84
Gastrointestinal Agents,		<i>glipizide-metformin</i>	111	Hemostasis Agents.....	124
Other.....	170	GLOPERBA.....	62	<i>heparin sodium</i>	120
<i>gatifloxacin</i>	227	GLUCAGON EMERGENCY		HEPLISAV-B.....	219
GATTEX 5 MG INJECTION	170	KIT.....	114	HIBERIX VACCINE.....	219
<i>gauze pads & dressings - pads</i>		Glucocorticoids.....	223	Histamine-2 (H2) Receptor	
<i>2 x 2</i>	244	<i>glucose in water</i>	165	Antagonists.....	171
GAVILYTE-C.....	170	<i>glyburide</i>	111	HORMONAL AGENTS,	
GAVILYTE-G.....	170	<i>glyburide-metformin hcl</i>	111	STIMULANT/REPLACEMENT/	
GAVILYTE-N.....	170	Glycemic Agents.....	114	MODIFYING (ADRENAL)..	179
GAVRETO.....	73	<i>glycopyrrolate</i>	170	Hormonal Agents,	
<i>gefitinib</i>	73	GOLYTELY.....	170	Stimulant/Replacement/Modifi	
<i>gemfibrozil</i>	140	<i>granisetron hcl</i>	59	ng (Adrenal).....	179
GEMMILY.....	190	GRANIX.....	122	HORMONAL AGENTS,	
GENERLAC.....	168	GRASTEK.....	208	STIMULANT/REPLACEMENT/	
GENETIC, ENZYME, OR		<i>griseofulvin</i>	60	MODIFYING (PITUITARY). 181	
PROTEIN DISORDER:		<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ..	60	Hormonal Agents,	
REPLACEMENT, MODIFIERS,		<i>guanfacine hcl</i>	126	Stimulant/Replacement/Modifi	
TREATMENT.....	172	<i>guanfacine hcl er</i>	146	ng (Pituitary).....	181
Genetic, Enzyme, or Protein		GVOKE.....	114	HORMONAL AGENTS,	
Disorder: Replacement,		GVOKE HYPOPEN 1-		STIMULANT/REPLACEMENT/	
Modifiers, Treatment.....	172	PACK.....	115	MODIFYING (SEX	
GENGRAF.....	214	GVOKE HYPOPEN 2-		HORMONES/MODIFIERS). 183	
GENITOURINARY		PACK.....	115	Hormonal Agents,	
AGENTS.....	177	GVOKE PFS 1-PACK		Stimulant/Replacement/Modifi	
		SYRINGE.....	115	ng (Sex Hormones/Modifiers),	
				Other.....	187

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (THYROID)...	200	HUMULIN R.....	116	IMMUNOLOGICAL AGENTS.....	206
Hormonal Agents, Stimulant/Replacement/Modifi ng (Thyroid).....	200	<i>hydralazine hcl</i>	143	Immunological Agents.....	208
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	203	<i>hydrochlorothiazide</i>	139	Immunological Agents, Other.....	208
Hormonal Agents, Suppressant (Adrenal or Pituitary).....	203	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>10-325mg</i>	21	Immunostimulants.....	213
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....	205	<i>hydrocodone-acetaminophen 5- 325mg</i>	21	Immunosuppressants.....	213
HUMALOG.....	115	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>7.5-325mg</i>	21	IMOVAX RABIES VACCINE.....	219
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	116	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	21	IMPAVIDO.....	86
HUMALOG KWIKPEN U- 100.....	115	<i>hydrocortisone</i>	156,223	IMVEXXY.....	186
HUMALOG KWIKPEN U- 200.....	116	<i>hydrocortisone butyrate</i>	156	INCASSIA.....	198
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN.....	116	<i>hydrocortisone valerate</i>	156	INCRELEX.....	182
HUMALOG MIX 75-25.....	116	<i>hydromorphone hcl</i>	25	<i>indapamide</i>	139
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN.....	116	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ..	85	<i>indomethacin</i>	23
HUMATROPE.....	181	<i>hydroxyurea</i>	69	INFANRIX DTAP VACCINE	219
HUMIRA.....	214	<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral solution</i>	107	INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....	222
HUMIRA PEN.....	214	<i>hydroxyzine hcl</i>	107	INGREZZA.....	148
HUMIRA(CF).....	215	<i>hydroxyzine pamoate</i>	108	INGREZZA INITIATION PK(TARDIV).....	148
HUMIRA(CF) PEN.....	215	HYFTOR.....	216	INGREZZA SPRINKLE.....	148
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S- UC-HS.....	215	<i>ibandronate sodium</i>	224	INLYTA.....	74
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC.....	215	IBRANCE.....	73	INQOVI.....	69
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS.....	215	IBU.....	22	INREBIC.....	74
HUMULIN 70-30.....	116	<i>ibuprofen</i>	23	<i>insulin aspart</i>	117
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	116	<i>icatibant</i>	206	<i>insulin aspart flexpen</i>	117
HUMULIN N.....	116	ICLEVIA.....	190	<i>insulin aspart penfill</i>	116
HUMULIN N KWIKPEN.....	116	ICLUSIG.....	74	<i>insulin aspart prot mix 70- 30</i>	117
		<i>icosapent ethyl</i>	141	<i>insulin glargine max solostar</i>	117
		IDHIFA.....	74	<i>insulin glargine solostar</i>	117
		ILUMYA.....	210	<i>insulin glargine-yfgn</i>	117
		<i>imatinib mesylate</i>	74	<i>insulin lispro</i>	117
		IMBRUVICA.....	74	<i>insulin lispro junior kwikpen</i>	117
		<i>imipenem-cilastatin sodium</i> ..	37	<i>insulin lispro kwikpen u-100</i>	117
		<i>imipramine hcl</i>	57	<i>insulin lispro protamine mix</i>	117
		<i>imiquimod</i>	157	<i>insulin lispro protamine mix</i>	117
		Immunoglobulins.....	206	<i>insulin pen needle</i>	244
				<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml</i>	244

<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml</i>	244				
<i>insulin syringe (disp) u-100 1ml</i>	244				
Insulins.....	115				
INTELENCE.....	100				
INTRALIPID.....	165				
INTRAROSA.....	190				
INTROVALE.....	190				
INVEGA HAFYERA.....	93				
INVEGA SUSTENNA.....	93,94				
INVEGA TRINZA.....	94				
INVOKAMET.....	111				
INVOKAMET XR.....	111				
INVOKANA.....	111				
IOPIDINE.....	231				
IPOL.....	219				
<i>ipratropium bromide</i>	234				
<i>ipratropium-albuterol</i>	241				
<i>irbesartan</i>	127				
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	137				
ISENTRESS.....	99				
ISENTRESS HD.....	99				
ISIBLOOM.....	190				
ISOLYTE P WITH DEXTROSE.....	165				
ISOLYTE S.....	160				
<i>isoniazid</i>	65				
<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad</i>	244				
<i>isosorbide dinitrate</i>	143				
<i>isosorbide mononitrate</i>	143				
<i>isosorbide mononitrate er</i>	143				
<i>isotretinoin</i>	153				
ISTURISA.....	182				
<i>itraconazole</i>	60				
<i>ivabradine hcl</i>	137				
<i>ivermectin</i>	85				
IWILFIN.....	69				
IXCHIQU.....	220				
IXIARO VACCINE.....	220				
		J			
JAKAFI.....	74				
<i>jantoven</i>	120				
JANUMET.....	112				
JANUMET XR.....	112				
JANUVIA.....	112				
JARDIANCE.....	112				
JASMIEL.....	190				
JAVYGTOR.....	173				
JAYPIRCA.....	75				
JINTELI.....	190				
JOENJA.....	210				
JOYEAX.....	190				
JULEBER.....	190				
JULUCA.....	99				
JUNEL.....	190				
JUNEL FE.....	191				
JUNEL FE 24.....	191				
JUXTAPID.....	141				
JYLAMVO.....	216				
JYNARQUE.....	163				
JYNNEOS VACCINE.....	220				
		K			
KAITLIB FE.....	191				
KALYDECO.....	236				
KARIVA.....	191				
<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i>	165				
<i>kcl-d5w-0.225% nacl</i>	165				
<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	166				
<i>kcl-d5w-0.9% nacl</i>	166				
KELNOR 1-35.....	191				
KELNOR 1-50.....	191				
KERENDIA.....	142				
<i>ketoconazole</i>	60				
<i>ketorolac tromethamine</i>	229				
KEVEYIS.....	174				
KEVZARA.....	210				
KINERET.....	210				
KINRIX VACCINE.....	220				
KIONEX.....	167				
KISQALI.....	75				
KISQALI FEMARA CO-PACK.....	69				
KLOR-CON 10.....	160				
KLOR-CON 8.....	160				
KLOXXADO.....	28				
KOSELUGO.....	75				
KOURZEQ.....	152				
KRAZATI.....	75				
KRINTAFEL.....	86				
KRISTALOSE.....	168				
KURVELO.....	191				
KYLEENA.....	191				
		L			
<i>l-glutamine</i>	174				
<i>labetalol hcl</i>	130				
<i>lacosamide</i>	47				
<i>lactulose</i>	168				
<i>lamivudine</i>	101,104				
<i>lamivudine hbv</i>	104				
<i>lamivudine-zidovudine</i>	101				
<i>lamotrigine</i>	41				
<i>lamotrigine (blue)</i>	42				
<i>lamotrigine (green)</i>	42				
<i>lamotrigine (orange)</i>	42				
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	170				
<i>lansoprazole</i>	172				
<i>lapatinib</i>	75				
LARIN.....	191				
LARIN FE.....	191				
<i>latanoprost</i>	231				
LAYOLIS FE.....	191				
<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	105				
LEENA.....	191				
<i>leflunomide</i>	216				
<i>lenalidomide</i>	67				
LENVIMA.....	75,76				

LESSINA.....	191	<i>lithium citrate</i>	109	LYUMJEV KWIKPEN U-	
<i>letrozole</i>	70	LITHOSTAT.....	178	100.....	117
<i>leucovorin calcium</i>	84	LIVTENCITY.....	103	LYUMJEV KWIKPEN U-	
LEUKINE.....	213	LO LOESTRIN FE.....	192	200.....	117
<i>leuprolide acetate</i>	203	Local Anesthetics.....	26	LYZA.....	198
<i>leuprolide depot</i>	203	LOESTRIN.....	192		
<i>levalbuterol concentrate</i>	235	LOESTRIN FE.....	192	M	
<i>levalbuterol hcl</i>	235	LOKELMA.....	167	M-M-R II VACCINE.....	220
<i>levalbuterol tartrate hfa</i>	235	LONSURF.....	69	Macrolides.....	37
<i>levetiracetam</i>	42	<i>loperamide</i>	169	<i>magnesium sulfate</i>	160,166
<i>levetiracetam er</i>	42	<i>lopinavir-ritonavir</i>	103	<i>malathion</i>	159
<i>levobunolol hcl</i>	230	<i>lorazepam</i>	108	<i>maraviroc</i>	102
<i>levocarnitine</i>	166	LORAZEPAM INTENSOL.....	108	MARLISSA.....	193
<i>levocetirizine</i>		LORBRENA.....	76	MARPLAN.....	52
<i>dihydrochloride</i>	233	LORYNA.....	192	Mast Cell Stabilizers.....	237
<i>levofloxacin</i>	38,227	<i>losartan potassium</i>	127	MATULANE.....	66
<i>levofloxacin-d5w</i>	38	<i>losartan-</i>		MAVENCLAD.....	150
LEVONEST.....	192	<i>hydrochlorothiazide</i>	137	MAVYRET.....	105
<i>levonorg-eth estrad eth</i>		LOTEMAX.....	229	MAYZENT.....	150
<i>estrad</i>	192	<i>loteprednol etabonate</i>	229	<i>meclizine hcl</i>	57
<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	192	<i>lovastatin</i>	140	<i>medroxyprogesterone</i>	
LEVORA-28.....	192	LOW-OGESTREL.....	192	<i>acetate</i>	198
<i>levorphanol tartrate</i>	24	<i>loxapine</i>	90	<i>mefloquine hcl</i>	86
<i>levothyroxine sodium</i>	200	<i>lubiprostone</i>	168	<i>megestrol acetate</i>	199
LEVOXYL.....	201	LUCEMYRA.....	27	<i>megestrol acetate 40mg/ml oral</i>	
LIBERVANT.....	46	LUMAKRAS.....	76	<i>suspension</i>	199
<i>lidocaine</i>	26	LUMIGAN.....	231	MEKINIST.....	76
<i>lidocaine hcl</i>	26	LUPKYNIS.....	216	MEKTOVI.....	77
<i>lidocaine hcl viscous</i>	26	LUPRON DEPOT.....	203	<i>meloxicam</i>	23
<i>lidocaine-prilocaine</i>	26	LUPRON DEPOT		<i>memantine hcl</i>	50
LILETTA.....	192	(LUPANETA).....	204	<i>memantine hcl er</i>	50,51
<i>linezolid</i>	30	LUPRON DEPOT-PED.....	204	MENACTRA.....	220
<i>linezolid-d5w</i>	30	<i>lurasidone hcl</i>	94	MENEST.....	186
LINZESS.....	168	LUTERA.....	193	MENOSTAR.....	186
<i>liothyronine sodium</i>	201	LYBALVI.....	94	MENQUADFI.....	220
<i>lisinopril</i>	127,128	LYLEQ.....	198	MENVEO VACCINE.....	220
<i>lisinopril-</i>		LYLLANA.....	186	<i>mepredine hcl</i>	25
<i>hydrochlorothiazide</i>	137	LYNPARZA.....	76	<i>meprobamate</i>	108
LITFULO.....	210	LYSODREN.....	69	<i>mercaptopurine</i>	68
<i>lithium carbonate</i>	109	LYTGObI.....	76	<i>meropenem</i>	37
<i>lithium carbonate er</i>	109	LYUMJEV.....	117	MERZEE.....	193

<i>mesalamine</i>	222	MICROGESTIN 24 FE.....	193	MYFEMBREE.....	204
<i>mesalamine dr</i>	223	MICROGESTIN FE.....	193	MYFORTIC.....	216
<i>mesalamine er</i>	223	<i>midodrine hcl</i>	126	MYHIBBIN.....	216
MESNEX.....	85	<i>mifepristone</i>	204	MYRBETRIQ.....	177
METABOLIC BONE DISEASE		MIGERGOT.....	63	MYTESI.....	169
AGENTS.....	223	<i>miglustat</i>	174		
Metabolic Bone Disease		MILI.....	193	N	
Agents.....	223	MIMVEY.....	193	N-methyl-D-aspartate (NMDA)	
<i>metformin hcl</i>	112	Mineralocorticoid Receptor		Receptor Antagonist.....	50
<i>metformin hcl er</i>	112	Antagonists.....	142	<i>nabumetone</i>	23
<i>methadone hcl</i>	24	<i>minocycline hcl</i>	40	<i>nadolol</i>	131
<i>methazolamide</i>	231	<i>minoxidil</i>	143	<i>nafcillin sodium</i>	35
<i>methimazole</i>	205	MIRENA.....	193	<i>naftifine hcl</i>	160
<i>methocarbamol</i>	242	<i>mirtazapine</i>	51	<i>naloxone hcl</i>	28
<i>methotrexate</i>	216	<i>misoprostol</i>	171	<i>naltrexone hcl</i>	27
<i>methotrexate sodium</i>	216	<i>modafinil</i>	244	<i>naproxen</i>	23
<i>methoxsalen</i>	157	<i>moexipril hcl</i>	128	<i>naratriptan 1 mg tablet</i>	63
<i>methsuximide</i>	43	Molecular Target Inhibitors.....	70	<i>naratriptan 2.5 mg tablet</i>	64
<i>methylphenidate</i>	146	<i>molindone hcl</i>	90	NATAL PNV.....	166
<i>methylphenidate er</i>	146	<i>mometasone furoate</i>	156	NATAZIA.....	193
<i>methylphenidate er (la)</i>	146	Monoamine Oxidase B (MAO-		<i>nateglinide</i>	112
<i>methylphenidate hcl</i>	146,147	B) Inhibitors.....	88	NAYZILAM.....	44
<i>methylphenidate hcl cd</i>	147	Monoamine Oxidase		<i>nebivolol hcl</i>	131
<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	147	Inhibitors.....	52	NECON.....	193
<i>methylphenidate la</i>	147	<i>montelukast sodium</i>	233	<i>needles, insulin disp.,</i>	
<i>methylphenidate sr</i>	147	Mood Stabilizers.....	109	<i>safety</i>	245
<i>methylprednisolone</i>	180	<i>morphine sulfate</i>	25	<i>nefazodone hcl</i>	54
<i>methyltestosterone</i>	183	<i>morphine sulfate er</i>	24	NEO-POLYCIN.....	226
<i>metoclopramide hcl</i>	57	MOUNJARO.....	112	NEO-POLYCIN HC.....	226
<i>metolazone</i>	140	MOVANTIK.....	168	<i>neomycin sulfate</i>	29
<i>metoprolol succinate</i>	131	<i>moxifloxacin</i>	39,227	<i>neomycin-bacitracin-poly-</i>	
<i>metoprolol tartrate</i>	131	<i>moxifloxacin hcl</i>	39	<i>hc</i>	226
<i>metoprolol-</i>		MRESVIA.....	220	<i>neomycin-bacitracin-</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>	137	MULTAQ.....	129	<i>polymyxin</i>	226
<i>metronidazole</i>	31	<i>multiple electrolytes t1</i>		<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>metyrosine</i>	137	<i>ph5.5</i>	161	<i>dexameth</i>	226
<i>mexiletine hcl</i>	129	Multiple Sclerosis Agents.....	149	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
MIBELAS 24 FE.....	193	<i>mupirocin</i>	159	<i>gramicidin</i>	226
<i>micafungin</i>	61	MYALEPT.....	170	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>miconazole 3</i>	61	<i>mycophenolate mofetil</i>	216	<i>hc</i>	226,232
MICROGESTIN.....	193	<i>mycophenolic acid</i>	216		

<i>neomycin-polymyxin- hydrocort</i>	232	<i>norethindron-ethinyl estradiol</i>	194	
NEORAL.....	217	<i>norethindrone</i>	199	OCALIVA.....
NERLYNX.....	77	<i>norethindrone ac (lupaneta)</i>	199	OCELLA.....
NEUAC.....	153	<i>norethindrone acetate</i>	199	OCTAGAM.....
NEULASTA.....	122	<i>norethindrone-e.estradiol- iron</i>	194	<i>octreotide acetate</i>
NEUPOGEN.....	122	<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i>	194	ODACTRA.....
NEUPRO.....	87	NORTREL.....	194	ODEFSEY.....
NEVANAC.....	229	<i>nortriptyline hcl</i>	57	ODOMZO.....
<i>nevirapine</i>	100	NORVIR.....	103	OFEV.....
<i>nevirapine er</i>	100	NOVOLIN 70-30.....	117	<i>ofloxacin</i>
NEXLETOL.....	137	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN.....	118	39,227,232
NEXLIZET.....	142	NOVOLIN N.....	118	OGSIVEO.....
NEXPLANON.....	199	NOVOLIN N FLEXPEN.....	118	OJEMDA.....
NEXTSTELLIS.....	193	NOVOLIN R.....	118	OJJAARA.....
<i>niacin er</i>	142	NOVOLIN R FLEXPEN.....	118	<i>olanzapine</i>
NICOTROL.....	28	NOVOLOG.....	118	<i>olanzapine odt</i>
NICOTROL NS.....	28	NOVOLOG FLEXPEN.....	118	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>
<i>nifedipine</i>	132	NOVOLOG MIX 70-30.....	118	<i>olmesartan medoxomil</i>
<i>nifedipine er</i>	132	NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN.....	118	<i>olmesartan- hydrochlorothiazide</i>
NIKKI.....	194	NOVOLOG PENFILL.....	118	137
<i>nilutamide</i>	67	NUBEQA.....	67	OLUMIANT.....
<i>nimodipine</i>	132	NUCALA.....	241,242	<i>omega-3 acid ethyl esters</i> ..
NINLARO.....	77	NUEDEXTA.....	148	142
<i>nitazoxanide</i>	86	NUPLAZID.....	94	<i>omeprazole</i>
NITRO-BID.....	143	NURTEC ODT.....	63	172
<i>nitrofurantoin</i>	31	NUTRILIPID.....	166	OMNITROPE.....
<i>nitrofurantoin mono-macro</i> ... 31	31	NUTROPIN AQ NUSPIN... 182	182	OMVOH.....
<i>nitroglycerin</i>	143	NUVARING.....	195	OMVOH PEN.....
<i>nitroglycerin patch</i>	144	NYAMYC.....	61	<i>ondansetron hcl</i>
NITROSTAT.....	144	NYLIA.....	195	59
NIVESTYM.....	122	NYMALIZE 60 MG/ML ORAL SOLUTION.....	132	59
<i>nizatidine</i>	171	NYMYO.....	195	87
Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs.....	22	<i>nystatin</i>	61	ONUREG.....
NORA-BE.....	199	<i>nystatin-triamcinolone</i>	158	68
NORDITROPIN FLEXPRO.....	182	NYSTOP.....	61	OPHTHALMIC AGENTS... 225
<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	194	NYVEPRIA.....	123	Ophthalmic Agents, Other... 225
<i>norethin-eth estra-ferrous fum</i>	194			Ophthalmic Anti-allergy Agents..... 228
				Ophthalmic Anti-Infectives... 227
				Ophthalmic Anti- inflammatories..... 228
				Ophthalmic Beta-Adrenergic Blocking Agents..... 230

Ophthalmic Intraocular Pressure Lowering Agents, Other	230	<i>oxybutynin chloride er</i>	177	<i>perindopril erbumine</i>	128
Opioid Analgesics, Long-acting	23	<i>oxycodone hcl</i>	25	<i>permethrin</i>	159
Opioid Analgesics, Short-acting	25	<i>oxycodone hcl er</i>	24	<i>perphenazine</i>	90
Opioid Dependence	27	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	21	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	52
Opioid Reversal Agents	28	<i>oxymorphone hcl</i>	26	PERSERIS	95
OPSUMIT	238	<i>oxymorphone hcl er</i>	24,25	PERSERIS ER 90 MG SYRINGE KIT	95
OPSYNVI	238	OZEMPIC	113	PERTZYE	174
OPVEE	28	P		<i>phenelzine sulfate</i>	52
ORENCIA	210	<i>paliperidone er</i>	95	<i>phenobarbital</i>	45
ORENCIA CLICKJECT	210	PALYNZIQ	174	<i>phenoxybenzamine hcl</i>	126
ORENITRAM ER	238	PANCREAZE	174	PHENYTEK	48
ORENITRAM MONTH 1 TITRATION KT	238	PANRETIN	84	<i>phenytoin</i>	48
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	238	<i>pantoprazole sodium</i>	172	<i>phenytoin sodium extended</i>	48
ORENITRAM MONTH 3 TITRATION KT	239	PANZYGA	207	Phosphodiesterase Inhibitors, Airways Disease	237
ORGOVYX	70	Parasympathomimetics	65	PIFELTRO	100
ORIAHNN	204	<i>paricalcitol</i>	224	<i>pilocarpine hcl</i>	152,231
ORKAMBI	236	<i>paroxetine hcl</i>	54	<i>pimecrolimus</i>	156
ORLADEYO	206	PAXLOVID	107	<i>pimozide</i>	90
ORMALVI	174	<i>pazopanib hcl</i>	77	PIMTREA	195
<i>orphenadrine citrate er</i>	242	PEDIARIX	220	<i>pindolol</i>	131
ORSERDU	68	Pediculicides/Scabicides	158	<i>pioglitazone hcl</i>	113
<i>oseltamivir phosphate</i>	106	PEDVAXHIB	220	<i>piperacillin-tazobactam</i>	36
OTEZLA	158	<i>peg 3350-electrolyte</i>	170	PIQRAY	78
OTIC AGENTS	231	<i>peg-3350 and electrolytes</i>	171	<i>pirfenidone</i>	240
Otic Agents	231	<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-c</i>	171	<i>piroxicam</i>	23
<i>oxacillin</i>	35	PEGASYS	213	PLASMA-LYTE 148	161
<i>oxacillin sodium</i>	36	PEMAZYRE	78	PLASMA-LYTE A	161
<i>oxazepam</i>	109	PENBRAYA VACCINE	220	PLASMA-LYTE A PH 7.4	161
OXBRYTA	174	<i>peniclovir</i>	107	Platelet Modifying Agents	124
<i>oxcarbazepine</i>	48	<i>penicillamine</i>	178	PLEGRIDY	151
OXERVATE	226	<i>penicillin g potassium</i>	36	PLEGRIDY PEN	151
<i>oxiconazole nitrate</i>	160	<i>penicillin g sodium</i>	36	PLENAMINE	174
OXISTAT	160	<i>penicillin gk-iso-osm dextrose</i>	36	<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	55
<i>oxybutynin chloride</i>	177	<i>penicillin v potassium</i>	36	<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	55
		PENTACEL VACCINE	220	<i>podofilox</i>	158
		<i>pentamidine isethionate</i>	86	POLYCYN	227
		PENTASA	223	<i>polymyxin b sul-trimethoprim</i>	228
		<i>pentoxifylline</i>	138	<i>polymyxin b sulfate</i>	31

POMALYST.....	68	PREVALITE.....	142	<i>pyridostigmine bromide</i>	65
PONVORY.....	151	PREVYMIS.....	104	<i>pyridostigmine bromide er</i> ...	65
PORTIA.....	195	PREZCOBIX.....	103	<i>pyrimethamine</i>	86
<i>posaconazole</i>	61	PREZISTA.....	103	PYRUKYND.....	175
Potassium Binders.....	167	PRIFTIN.....	65	PYRUKYND 20 MG	
<i>potassium chloride</i>	161	<i>primaquine</i>	86	TABLET.....	175
<i>potassium chloride in d5lr</i> ...	165	<i>primidone</i>	45	PYRUKYND 5 MG TABLET	175
<i>potassium chloride proamp</i> ...	162	PRIORIX.....	220	PYRUKYND 50 MG	
<i>potassium chloride-0.45%</i>		PRIVIGEN.....	208	TABLET.....	175
<i>nacl</i>	162	<i>probenecid</i>	62		
<i>potassium chloride-0.9%</i>		<i>probenecid-colchicine</i>	62	Q	
<i>nacl</i>	162	<i>prochlorperazine</i>	58	QINLOCK.....	78
<i>potassium chloride-dextrose</i>		<i>prochlorperazine maleate</i> ...	58	QUADRACEL DTAP-IPV...	221
5%.....	165	PROCRIT.....	123	QUARTETTE.....	195
<i>potassium chloride-water</i> ...	162	PROCTO-MED HC.....	156	<i>quetiapine fumarate</i>	95
<i>potassium citrate er</i>	162	PROCTOSOL-HC.....	156	<i>quetiapine fumarate er</i>	95
<i>pramipexole</i>		PROCTOZONE-HC.....	156	<i>quinapril hcl</i>	128
<i>dihydrochloride</i>	87,88	<i>progesterone</i>	199	<i>quinidine gluconate</i>	129
<i>prasugrel hcl</i>	125	Progestins.....	198	<i>quinidine sulfate</i>	129
<i>pravastatin sodium</i>	140	PROGRAF.....	217	<i>quinine sulfate</i>	86
<i>praziquantel</i>	85	PROLASTIN C.....	174	Quinolones.....	38
<i>prazosin hcl</i>	126	PROLIA.....	224	QVAR REDIHALER.....	233
PRED MILD.....	229	PROMACTA.....	123		
<i>prednisolone</i>	180	<i>promethazine hcl</i>	58	R	
<i>prednisolone acetate</i>	230	PROMETHEGAN.....	58	RABAVERT VACCINE.....	221
<i>prednisolone sodium phos</i>		<i>propafenone hcl</i>	129	<i>rabeprazole sodium</i>	172
<i>odt</i>	180	<i>propafenone hcl er</i>	129	RADICAVA ORS.....	144
<i>prednisolone sodium</i>		<i>propranolol hcl</i>	131	<i>raloxifene hcl</i>	199
<i>phosphate</i>	180	<i>propranolol hcl er</i>	131	<i>ramelteon</i>	243
<i>prednisone</i>	180	<i>propylthiouracil</i>	205	<i>ramipril</i>	128
PREDNISONA INTENSOL.....	180	PROQUAD.....	220	<i>ranolazine er</i>	138
<i>pregabalin</i>	45	PROSOL.....	167	RAPAMUNE.....	217
<i>pregabalin er</i>	148	Protectants.....	171	<i>rasagiline mesylate</i>	88
PREHEVBRIO.....	220	Proton Pump Inhibitors.....	172	RAVICTI.....	175
PREMARIN.....	186	<i>protriptyline hcl</i>	57	RAYALDEE.....	224
PREMASOL.....	166	Pulmonary		REBIF.....	151
PREMPHASE.....	195	Antihypertensives.....	238	REBIF REBIDOSE.....	151
PREMPRO.....	195	Pulmonary Fibrosis Agents.....	240	RECLIPSEN.....	195
<i>prenatal vitamin with minerals</i>		PULMOZYME.....	236	RECOMBIVAX HB.....	221
<i>and folic acid greater than 0.8</i>		PURIXAN.....	69	RECORLEV.....	204
<i>mg oral tablet</i>	166	<i>pyrazinamide</i>	66	REGRANEX.....	158

RELENZA.....	106	<i>ropinirole hcl</i>	88	SIMPONI.....	217
RELEUKO.....	123	<i>rosuvastatin calcium</i>	140	<i>simvastatin</i>	141
RELISTOR.....	169	ROTARIX.....	221	<i>sirolimus</i>	217
<i>repaglinide</i>	113	ROTATEQ.....	221	SIRTURO.....	66
REPATHA PUSHTRONEX.....	142	ROZLYTREK.....	78,79	SIVEXTRO.....	31
REPATHA SURECLICK.....	142	RUBRACA.....	79	SKELETAL MUSCLE	
REPATHA SYRINGE.....	142	<i>rufinamide</i>	48	RELAXANTS.....	242
Respiratory Tract Agents,		RUKOBIA.....	102	Skeletal Muscle Relaxants.....	242
Other.....	240	RYBELSUS.....	113	SKYCLARYS.....	148
RESPIRATORY		RYDAPT.....	79	SKYLA.....	196
TRACT/PULMONARY				SKYRIZI.....	211
AGENTS.....	232	S		SKYRIZI ON-BODY.....	211
RETACRIT.....	123	SAFYRAL.....	195	SKYRIZI PEN.....	211
RETEVMO.....	78	SAJAZIR.....	206	SKYTROFA.....	182
Retinoids.....	84	SANDIMMUNE.....	217	SLEEP DISORDER	
REVCOVI.....	175	SANTYL.....	158	AGENTS.....	243
REXULTI.....	96	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	175	Sleep Promoting Agents.....	243
REYATAZ.....	103	SAVELLA.....	149	Smoking Cessation Agents.....	28
REZDIFFRA.....	201	SCSEMBLIX.....	79	<i>sod sulf-potass sulf-mag</i>	
REZLIDHIA.....	78	<i>scopolamine</i>	58	<i>sulf</i>	171
REZUROCK.....	208	SECUADO.....	96	Sodium Channel Agents.....	46
RHOPRESSA.....	231	Selective Estrogen Receptor		<i>sodium chloride</i>	162
<i>ribavirin</i>	105	Modifying Agents.....	199	<i>sodium chloride-water</i>	163
RIDAURA.....	211	<i>selegiline hcl</i>	89	<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride</i>	
<i>rifabutin</i>	65	<i>selenium sulfide</i>	156	<i>ion 1 mg) oral tablet</i>	163
<i>rifampin</i>	66	SELZENTRY.....	102	<i>sodium oxybate</i>	244
<i>riluzole</i>	144	SEREVENT DISKUS.....	235	<i>sodium phenylbutyrate</i>	176
<i>rimantadine hcl</i>	106	SEROSTIM.....	171,182	<i>sodium polystyrene</i>	
RINVOQ.....	211	Serotonin (5-HT) Receptor		<i>sulfonate</i>	167
<i>risedronate sodium</i>	224,225	Agonists.....	63	<i>sodium sulfacetamide</i>	39
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>		<i>sertraline hcl</i>	55	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	105
(dose pack of 12).....	225	SETLAKIN.....	196	SOGROYA.....	183
<i>risperidone</i>	96	SHAROBEL.....	199	SOHONOS.....	225
<i>risperidone er</i>	96	SHINGRIX VACCINE.....	221	<i>solifenacin succinate</i>	177
<i>risperidone odt</i>	96	SIGNIFOR.....	204	SOLOSEC.....	31
<i>ritonavir</i>	103	SIKLOS.....	175	SOLTAMOX.....	68
<i>rivastigmine</i>	50	<i>sildenafil</i>	239	SOMAVERT.....	205
RIVELSA.....	195	<i>sildenafil citrate</i>	239	<i>sorafenib</i>	79
RIVFLOZA.....	175	SILIQ.....	211	SORINE.....	129
<i>rizatriptan</i>	64	SILVADENE.....	158	<i>sotalol</i>	130
<i>roflumilast</i>	237	<i>silver sulfadiazine</i>	158	SOTALOL AF.....	130

SOTYKTU.....	211	SUNLENCA.....	102	TAVALISSE.....	125
SOVALDI.....	105	SUPPLIES.....	244	TAVNEOS.....	208
SPIRIVA RESPIMAT.....	234	Supplies.....	244	<i>tazarotene</i>	153
<i>spironolactone</i>	142	SUTAB.....	169	TAZICEF.....	34
<i>spironolactone-hctz</i>	138	SYEDA.....	196	TAZORAC.....	153
SPRINTEC.....	196	SYMDEKO.....	236	TAZVERIK.....	81
SPRITAM.....	42	SYMLINPEN 120.....	113	<i>tdvax</i>	221
SPRYCEL.....	79,80	SYMLINPEN 60.....	113	TEFLARO.....	34
SPS.....	167	SYMPAZAN.....	45	TEGLUTIK.....	144
SRONYX.....	196	SYMTUZA.....	103	TEGSEDI.....	176
SSD.....	158	SYNAREL.....	205	<i>telmisartan</i>	127
SSRIs/SNRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor/Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitor).....	52	SYNJARDY.....	113	<i>temazepam</i>	243
STELARA.....	211	SYNJARDY XR.....	113,114	TENIVAC.....	221
STIMUFEND.....	124	SYNTHROID.....	201	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	104
STIOLTO RESPIMAT.....	242	T		TEPMETKO.....	70
STIVARGA.....	80	TABRECTA.....	70	<i>terazosin hcl</i>	126
<i>streptomycin sulfate</i>	29	<i>tacrolimus</i>	156,218	<i>terbinafine hcl</i>	61
STRIBILD.....	99	<i>tadalafil</i>	178	<i>terconazole</i>	61
STRIVERDI RESPIMAT.....	235	<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	239	<i>teriflunomide</i>	151
SUBVENITE.....	42	TADLIQ.....	239	<i>teriparatide</i>	225
SUBVENITE (BLUE).....	42	TAFINLAR.....	80	<i>testosterone</i>	183
SUBVENITE (GREEN).....	42	TAGRISSE.....	80	<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	183
SUBVENITE (ORANGE).....	43	TAKHZYRO.....	206	<i>testosterone cypionate</i>	184
<i>sucralfate</i>	172	TALTZ 80 MG/ML AUTOINJECTOR.....	211	<i>testosterone enanthate</i>	184
<i>sulfacetamide sodium</i>	39,228	TALTZ 80 MG/ML SYRINGE.....	211	<i>tetrabenazine</i>	149
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	226	TALTZ SYRINGE.....	211	<i>tetracycline hcl</i>	40
<i>sulfadiazine</i>	39	TALZENNA.....	80	Tetracyclines.....	39
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim</i>	39	<i>tamoxifen citrate</i>	68	THALOMID.....	68
SULFAMYLON.....	160	<i>tamsulosin hcl</i>	178	<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	237
<i>sulfasalazine</i>	223	TAPERDEX.....	181	<i>theophylline anhydrous</i>	237
<i>sulfasalazine dr</i>	223	TARINA 24 FE.....	196	<i>theophylline er</i>	237
Sulfonamides.....	39	TARINA FE.....	196	<i>thioridazine hcl</i>	90
<i>sulindac</i>	23	TARINA FE 1-20 EQ.....	196	<i>thiothixene</i>	90
<i>sumatriptan</i>	64	TARPEYO.....	208	THYQUIDITY.....	201
<i>sumatriptan succinate</i>	64	TASCENSO ODT.....	151	<i>tiagabine hcl</i>	45
<i>sunitinib malate</i>	80	TASIGNA.....	81	TIBSOVO.....	81
		<i>tasimelteon</i>	243	TICOVAC.....	221

<i>tigecycline</i>	31	<i>tretinoin</i>	84,153	TYBOST.....	102
TIGLUTIK.....	144	TRI-ESTARYLLA.....	196	TYDEMY.....	197
TILIA FE.....	196	TRI-LEGEST FE.....	196	TYMLOS.....	225
<i>timolol maleate</i>	132,230	TRI-LO-ESTARYLLA.....	196	TYPHIM VI.....	222
<i>tinidazole</i>	31	TRI-LO-SPRINTEC.....	196	TYRVAYA.....	226
<i>tiopronin</i>	179	TRI-MILI.....	196	TYVASO DPI.....	239
<i>tiotropium bromide</i>	234	TRI-SPRINTEC.....	196		
TIROSINT-SOL.....	202	TRI-VYLIBRA.....	197	U	
TIVICAY.....	99	TRI-VYLIBRA LO.....	197	UBRELVY.....	63
TIVICAY PD.....	99	<i>triamcinolone</i>		UDENYCA.....	124
<i>tizanidine hcl</i>	98	<i>acetonide</i>	152,157	UDENYCA	
TOBI PODHALER.....	236	<i>triamterene-</i>		AUTOINJECTOR.....	124
TOBRADEX.....	226	<i>hydrochlorothiazid</i>	138	UNITHROID.....	202
<i>tobramycin</i>	228,236	<i>triazolam</i>	243	UPTRAVI.....	239
<i>tobramycin sulfate</i>	29	Tricyclics.....	56	<i>ursodiol</i>	171
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	226	TRIDACAINE.....	26	UZEDY.....	96,97
TOBREX.....	228	TRIDACAINE II.....	26		
<i>tolcapone</i>	87	TRIDERM.....	157	V	
<i>tolterodine tartrate</i>	177	<i>trientine hcl</i>	164	VABOMERE.....	37
<i>tolterodine tartrate er</i>	178	<i>trifluoperazine hcl</i>	91	Vaccines.....	218
<i>tolvaptan</i>	164	<i>trifluridine</i>	228	<i>valacyclovir</i>	107
Topical Anti-infectives.....	159	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	86	VALCHLOR.....	158
<i>topiramate</i>	43	TRIKAFTA.....	237	<i>valganciclovir hcl</i>	104
<i>toremifene citrate</i>	68	<i>trimethobenzamide hcl</i>	58	<i>valproic acid</i>	43
TORPENZ.....	81	<i>trimethoprim</i>	31	<i>valsartan</i>	127
<i>toremide</i>	139	<i>trimipramine maleate</i>	57	<i>valsartan-</i>	
TPN ELECTROLYTES.....	167	TRINTELLIX.....	55	<i>hydrochlorothiazide</i>	138
TRACLEER.....	239	TRIUMEQ.....	101	VALTOCO.....	46
<i>tramadol hcl</i>	26	TRIUMEQ PD.....	101	<i>vancomycin hcl</i>	31,32
<i>trandolapril</i>	128	TRIVORA-28.....	197	VANFLYTA.....	81
<i>tranexamic acid</i>	124	TROPHAMINE.....	167	VAQTA.....	222
<i>tranylcypromine sulfate</i>	52	<i>trospium chloride</i>	178	<i>varenicline tartrate</i>	28
TRAVASOL.....	167	<i>trospium chloride er</i>	178	VARIVAX VACCINE.....	222
<i>travoprost</i>	231	TRULANCE.....	169	Vasodilators, Direct-acting	
<i>trazodone hcl</i>	55	TRULICITY.....	114	Arterial.....	143
Treatment Adjuncts.....	84	TRUMENBA.....	221	Vasodilators, Direct-acting	
Treatment-Resistant.....	97	TRUQAP.....	81	Arterial/Venous.....	143
TRECTOR.....	66	TUKYSA.....	81	VAXCHORA VACCINE.....	222
TRELEGY ELLIPTA.....	242	TURALIO.....	81	VELIVET.....	197
TRELSTAR.....	205	TURQOZ.....	197	VELSIPITY.....	171
TREMFYA.....	212	TWINRIX.....	221	VEMLIDY.....	104

VENCLEXTA.....	82	VYNDAMAX.....	176	YONSA.....	67
VENCLEXTA 10 MG		VYNDAREL.....	176	YUVAFEM.....	186
TABLET.....	82				
VENCLEXTA STARTING		W		Z	
PACK.....	82	WAINUA.....	176	ZAFEMY.....	198
<i>venlafaxine besylate er</i>	55	Wakefulness Promoting		<i>zafirlukast</i>	233
<i>venlafaxine hcl</i>	55	Agents.....	243	<i>zaleplon</i>	243
<i>venlafaxine hcl er</i>	55,56	<i>warfarin sodium</i>	121	ZARXIO.....	124
VEOZAH.....	149	WEGOVI.....	138	ZAVZPRET.....	63
<i>verapamil er</i>	134	WELIREG.....	176	ZEGALOGUE	
<i>verapamil er pm</i>	134	WESNATAL DHA		AUTOINJECTOR.....	115
<i>verapamil hcl</i>	134	COMPLETE.....	167	ZEGALOGUE SYRINGE.....	115
<i>verapamil sr</i>	134	WIXELA INHUB.....	242	ZEJULA.....	84
VERQUVO.....	138	WYMZYA FE.....	197	ZELBORAF.....	84
VERSACLOZ.....	98			ZEMAIRA.....	176
VERZENIO.....	82	X		ZENATANE.....	154
VESTURA.....	197	XALKORI.....	83	ZENPEP.....	176
VIBERZI.....	169	XARELTO.....	121	ZEPATIER.....	105
VIENVA.....	197	XATMEP.....	218	ZEPOSIA.....	151
<i>vigabatrin</i>	46	XCOPRI.....	48,49	ZERBAXA.....	34
VIGADRONE.....	46	XDEMYV.....	228	<i>zidovudine</i>	101
VIGAFYDE.....	46	XELJANZ.....	212	ZIEXTENZO.....	124
VIGPODER.....	46	XELJANZ XR.....	212	ZILBRYSQ.....	212
VIJOICE.....	82	XERMELO.....	170	<i>ziprasidone hcl</i>	97
<i>vilazodone hcl</i>	56	XGEVA.....	225	<i>ziprasidone mesylate</i>	97
VIOKACE.....	176	XIFAXAN.....	32	ZIRGAN.....	228
VIRACEPT.....	103	XIGDUO XR.....	114	ZOLINZA.....	70
VIREAD.....	104	XIIDRA.....	227	<i>zolmitriptan</i>	64
VITRAKVI.....	82,83	XOFLUZA.....	106	<i>zolmitriptan odt</i>	64
VIVITROL.....	27	XOLAIR.....	212	<i>zolpidem tartrate</i>	243
VIZIMPRO.....	83	XOSPATA.....	83	<i>zolpidem tartrate er</i>	243
VONJO.....	83	XPOVIO.....	83,84	ZOMACTON.....	183
<i>voriconazole</i>	61	XTANDI.....	67	ZONISADE.....	49
VOSEVI.....	105	XULANE.....	197	<i>zonisamide</i>	49
VOWST.....	171	XYWAV.....	244	ZORTRESS.....	218
VRAYLAR.....	97			ZORYVE.....	158
VTAMA.....	158	Y		ZOVIA 1-35.....	198
VUITY.....	227	YARGESA.....	176	ZOVIA 1-35E.....	198
VUMERITY.....	151	YASMIN 28.....	197	ZTALMY.....	46
VYFEMLA.....	197	YAZ.....	198	ZURZUVAE.....	52
VYLIBRA.....	197	YF-VAX.....	222	ZYDELIG.....	84

ZYKADIA.....84
ZYPREXA RELPREVV.....97

خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete

روش	خدمات مشتریان - اطلاعات تماس
تلفن تماس	1-877-412-2734 تماس با این شماره رایگان است. می‌توانید با خدمات مشتریان CalOptima Health OneCare Complete در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. خدمات مشتریان همچنین دارای خدمات مترجم رایگان زبان برای غیر انگلیسی زبانان است.
TTY	711 تماس با این شماره رایگان است. شما می‌توانید 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته با خدمات مشتری تماس بگیرید.
فکس	1-714-246-8711
مکاتبه	CalOptima Health OneCare Complete Attention: Customer Service 505 City Parkway West Orange, CA 92868
ایمیل	OneCareCS@caloptima.org
وبسایت	www.caloptima.org/OneCare