

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 10/17/2025 به روز شد.

برای اطلاعات به روز رسانی شده بلادر 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

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؟ (مافهرست 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 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.



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 (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan یک سازمان Medicare به تجدید قرارداد دارد. CalOptima Health OneCare از قوانین قابل اجرا حقوق مدنی فدرال پیروی می کند و بر اساس نژاد، رنگ، منشأ 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 بهروز رسانی شده داروهای تحت پوشش CalOptima Health OneCare Complete را بهصورت 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 در دسترس بودن خدمات کمک زبان و خدمات و کمک های تکمیلی

English

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

العربية (Arabic)

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

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.



Հայերեն (Armenian)

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

ខ្មែរ (Cambodian)

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

简体中文 (Simplified Chinese)

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

繁體中文 (Traditional Chinese)

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

فارسی (Farsi)

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.

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

ગુજરાતી (Gujarati)

ધ્યાન આપો: જો તમને તમારી ભાષામાં મદદની જરૂર હોય તો આ નંબર પર કોલ કરો: **1-877-412-2734**

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

हिंदी (Hindi)

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

Hmoob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-877-412-2734**

(TTY 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-877-412-2734** (TTY 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-877-412-2734** (TTY 711) へお電話ください。

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

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.

한국어 (Korean)

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

ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-412-2734 (TTY 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-877-412-2734 (TTY 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien

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

Português (Portuguese)

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

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.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

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

Română (Romanian)

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

Русский (Russian)

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

Español (Spanish)

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

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.

braille y con letras grandes. Llame al **1-877-412-2734** (TTY **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-877-412-2734**

(TTY **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-877-412-2734** (TTY **711**). Libre ang mga serbisyonang ito.

ภาษาไทย (Thai)

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

Türkçe (Turkish)

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

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.

Українська (Ukrainian)

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

اردو (Urdu)

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

Tiếng Việt (Vietnamese)

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

- ❖ 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، ارزان تر یا اثربخشی مشابه به بازار بیاید و در لیست داروها قرار گیرد، یا

● یک داروی جدید و ارزان تر 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 تصمیم گیری 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 سوالی 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 یا CalOptima Health OneCare Complete قوانینی برای 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		
JOURNAVX 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 14 days)
ANALGESICS COMBINATIONS		
<i>acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), 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-acetamin 10-325/15</i>	\$0 (Tier 1)	QL (5000 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5-325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophen 7.5-325)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>ec-naproxen (dr 375 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
IBU (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>ibuprofen (100 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>indomethacin (25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>meloxicam (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nabumetone (500 mg tablet, 750 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>naproxen (125 mg/5 ml suspen, 250 mg tablet, 375 mg tablet, dr 375 mg tablet, 500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>piroxicam (10 mg capsule, 20 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>fentanyl (12 patch, 25 patch, 50 patch, 75 patch, 100 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 30 days)
<i>levorphanol tartrate (2 mg tablet, 3 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>methadone hcl (5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 100 mg tablet, sulf er 200 mg tablet, sulfate er 100 mg cap, sulfate er 120 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>morphine sulfate er (sulf er 15 mg tablet, sulf er 30 mg tablet, sulf er 60 mg tablet, sulfate er 10 mg cap, sulfate er 20 mg cap, sulfate er 30 mg cap, sulfate er 45 mg cap, sulfate er 50 mg cap, sulfate er 60 mg cap, sulfate er 75 mg cap, sulfate er 80 mg cap, sulfate er 90 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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 (er 5 mg tablet, er 10 mg tab, er 15 mg tab, er 20 mg tab, er 30 mg tab, er 40 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxymorphone hcl er 7.5 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
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>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 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)
<i>lofexidine 0.18 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)	
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 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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, 20 mg/2 ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>aztreonam (1 gm vial, 2 gm vial)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin 500 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ampicillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 10 gm bottle, 10 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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-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 bottle, 10 gm bulk vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin 2 gm/ 50 ml inj</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxacillin sodium (1 gm add-vantage vl, 1 gm vial, 10 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)	
<i>imipenem-cilastatin sodium (250 mg vl, 500 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
MACROLIDES		
<i>azithromycin (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 250 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>azithromycin 500 mg tablet (dose pack)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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 (hyc 100 mg vial, hyclate 100 mg cap, hyclate 100 mg tab, hyclate 100 mg vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5 ml susp, mono 50 mg tablet, mono 75 mg tablet, mono 100 mg cap, mono 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 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 0.5 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (680 per 28 days)
<i>lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kit-blue</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lamotrigine tab start kt-green</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>levetiracetam er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>levetiracetam er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>perampanel 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>perampanel 4 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>perampanel 6 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SPRITAM (250 MG TABLET, 500 MG TABLET)	\$0 (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)	
SUBVENITE TAB START KT(ORANGE)	\$0 (Tier 1)	
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>topiramate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>valproic acid (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml cup, 500 mg/10 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	
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 (0.25 mg odt, 2 mg odt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 0.125 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 1 mg odt</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clonazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>diazepam (2.5 mg rectal gel sys, 2.5mg rectal gel(2pk), 10 mg rectal gel syrg, 10 mg rectal gel syst, 10mg rectal gel (2pk), 20 mg rectal gel syrg, 20 mg rectal gel syst, 20mg rectal gel (2pk))</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO
<i>phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml elix, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)
<i>primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	\$0 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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
SODIUM CHANNEL AGENTS		
<i>carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tab chew, 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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
DILANTIN (30 MG CAPSULE, 50 MG INFATAB, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN 125 MG/5 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	
<i>eslicarbazepine 800 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5 ml cup, 100 mg/10 ml cup, 150 mg/15 ml cup, 200 mg/20 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>lacosamide (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PHENYTEK (200 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>phenytoin sod ext 100 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50-100 MG PAK, 150-200 MG PK)	\$0 (Tier 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
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)
<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 (2 mg/ml solution, 10 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 (5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>memantine hcl er 7 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg, 12-25 mg, 12-50 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine-amitriptyline (2 mg-10 mg tab, 2 mg-25 mg tab, 4 mg-10 mg tab, 4 mg-25 mg tab, 4 mg-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZURZUVAE (20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>tranylcypromine sulf 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
<i>citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
<i>desvenlafaxine er (er 50 mg tab, er 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
FETZIMA (ER 20 MG CAPSULE, ER 40 MG CAPSULE, ER 80 MG CAPSULE, ER 120 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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
<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA NSO
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i>	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
<i>sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 bes er 112.5 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
<i>vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>nortriptyline hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg cap, 20 mg/10 ml soln, hcl 25 mg cap, hcl 50 mg cap, hcl 75 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap)</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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)	
<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, 12.5 mg/10 ml cup, 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 20 مراجعه نمایید.

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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرستی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
ANTIFUNGALS		
<i>amphotericin b 50 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>amphotericin b liposome 50 mg</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>clotrimazole (1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)</i>	\$0 (Tier 1)	
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule, 100 mg/10 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWD	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
<i>posaconazole (dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>voriconazole (40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>voriconazole 200 mg vial</i>	\$0 (Tier 1)	PA

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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)

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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
VYVGART HYTRULO 1,000MG-10,000	\$0 (Tier 2)	PA, QL (20 per 28 days)

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)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
SIRTURO (20 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA

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
LEUKERAN 2 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
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
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
ABIRTEGA 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERLEADA 60 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
EULEXIN 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (180 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)	\$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 (20 mg/ml suspen, 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
TABLOID 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
ANTINEOPLASTICS		
AVMAPKI-FAKZYNJA CO-PACK	\$0 (Tier 2)	QL (66 per 28 days), PA NSO
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AUGTYRO 160 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
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 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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
LYSODREN 500 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
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
REVUFORJ 110 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 160 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
REVUFORJ 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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
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 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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
COTELLIC 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (63 per 21 days), PA NSO
DANZITEN (71 MG TABLET, 95 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib (20 mg tablet, 50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
<i>dasatinib 70 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
DAURISMO 100 MG TABLET	\$0 (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)	
<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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
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
GOMEKLI 1 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (126 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (168 per 28 days), PA NSO
GOMEKLI 2 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
HERNEXEOS 60 MG TABLET	\$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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
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
IBTROZI 200 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	QL (300 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
ITOVEBI 3 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ITOVEBI 9 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
JAKAFI (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 15 MG TABLET, 20 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
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
LAZCLUZE (80 MG TABLET, 240 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), 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
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
LORBRENA 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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 240 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 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
MEKTOVI 15 MG TABLET	\$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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
MODEYSO 125 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (20 per 28 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
ROMVIMZA (14 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (8 per 28 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
TAFINLAR (10 MG TABLET FOR SUSP, 50 MG CAPSULE, 75 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA NSO
TAGRISSO (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
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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
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
VORANIGO (10 MG TABLET, 40 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 20 مراجعه نمایید.

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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)	
<i>mesna 400 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 20 مراجعه نمایید.

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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
<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)	
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>entacapone 200 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
NOURIANZ (20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ONGENTYS (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>tolcapone 100 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
DOPAMINE AGONISTS		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
NEUPRO (1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ONAPGO 98 MG/20 ML CARTRIDGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
<i>pramipexole 0.75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
<i>carbidopa 25 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa (carbidopa-levodopa 10-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-100 mg odt, carbidopa-levodopa 25-250 mg odt, carbidopa-levodopa 10-100 tab, carbidopa-levodopa 25-100 tab, carbidopa-levodopa 25-250 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 tab, er 50-200 tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
1ST GENERATION/TYPICAL		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluphenazine dec 125 mg/5 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5 ml elix, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml conc, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol dec 100 mg/ml amp</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml amp, 100 mg/ml vial, 250 mg/5 ml vl, 500 mg/5 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	\$0 (Tier 2)	QL (2.4 per 42 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 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)
<i>aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	\$0 (Tier 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
ERZOFRI 117 MG/0.75 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	QL (0.75 per 28 days)
ERZOFRI 156 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 28 days)
ERZOFRI 234 MG/1.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	QL (1.5 per 28 days)
ERZOFRI 351 MG/2.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	QL (2.25 per 28 days)
ERZOFRI 39 MG/0.25 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	QL (0.25 per 28 days)
ERZOFRI 78 MG/0.5 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	QL (0.5 per 28 days)
FANAPT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET, 6 MG TABLET, 8 MG TABLET, 10 MG TABLET, 12 MG TABLET)	\$0 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
FANAPT (PACK, PACK A)	\$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)
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 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)
<i>olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OPIPZA 10 MG FILM	\$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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
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)
ANTIPSYCHOTICS		
COBENFY (50 MG-20 MG CAPSULE, 100 MG-20 MG CAPSULE, 125 MG-30 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
COBENFY STARTER PACK	\$0 (Tier 2)	QL (52 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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-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 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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
BARACLUDE 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>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)
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
EPCLUSA (150-37.5 MG PELLET PKT, 200-50 MG PELLET PACK, 400 MG-100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
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 PELLETT 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 PELLETT PACKET, 200 MG PELLETT 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)
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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 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)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
EDURANT 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 PED 2.5MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 2)	
<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>emtricit-rilp-tenof 200-25-300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)
<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, 300 mg/30ml sol cup)</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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
<i>maraviroc 150 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>maraviroc 300 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	QL (1840 per 30 days)
SUNLENCA 300 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	\$0 (Tier 2)	
<i>lopinavir-ritonavir (100-25mg tb, 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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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, 800 mg/20ml susp cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>famciclovir 125 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>penciclovir 1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
<i>valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
PAXLOVID 150-100 MG (MODERATE)	\$0 (Tier 2)	QL (20 per 5 days)
PAXLOVID 300-100 MG DOSE PACK	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 5 days)
PAXLOVID 300/150-100MG(SEVERE)	\$0 (Tier 2)	QL (11 per 5 days)

نام دارو	میزان هزینه دارو برای شما (شماره ردیف)	اقدامات ضروری، محدودیتها و ممنوعیت های مصرف
ANXIOLYTICS		
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>bupirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 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 20 مراجعه نمایید.

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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>lorazepam 2 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
<i>oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>alogliptin (6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>alogliptin-metformin (12.5-1000, 12.5-500)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>colesevelam hcl 3.75 g packet</i>	\$0 (Tier 1)	
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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 (50-500 MG TABLET, 100-1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 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 (750 mg tablet, 850 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
<i>metformin hcl 1,000 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	\$0 (Tier 2)	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)	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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)	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 1 MG EMERGENCY KIT	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
GVOKE (1 MG/0.2 ML KIT, 1 MG/0.2 ML VIAL)	\$0 (Tier 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)
VYKAT XR 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
VYKAT XR 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
VYKAT XR 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (210 per 30 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
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)
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)
<i>insulin aspart 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin aspart prot mix 70-30 (mix70-30 pn, mix70-30 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine max solo u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine solostar u300</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml pen</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro 100 unit/ml vl</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro jr 100 unit/ml</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>insulin lispro mix 75-25 kwkpn</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 2)	ST, 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML	\$0 (Tier 2)	ST, 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)
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)

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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 (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)	
<i>rivaroxaban (1 mg/ml suspension, 2.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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 SYRINGE, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
<i>eltrombopag 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>eltrombopag 75 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>eltrombopag olamine (12.5 mg susp pkt, 12.5 mg tablet, 25 mg susp packet, 25 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
EPOGEN (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
FYLNETRA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
GRANIX (300 MCG/0.5 ML SAFE SYR, 300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SAFE SYR, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 UNITS/ML VIAL, 10,000 UNITS/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNITS/ML VIAL, 40,000 UNITS/ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
RELEUKO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
RETACRIT (2,000 UNIT/ML VIAL, 3,000 UNIT/ML VIAL, 4,000 UNIT/ML VIAL, 10,000 UNIT/ML VIAL, 20,000 UNIT/2 ML VIAL, 20,000 UNIT/ML VIAL, 40,000 UNIT/ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
STIMUFEND 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
UDENYCA 6 MG/0.6 ML AUTOINJECT	\$0 (Tier 1)	PA
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
XOLREMDI 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
ZARXIO (300 MCG/0.5 ML SYRINGE, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
PLATELET MODIFYING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridam er 25-200 mg</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA (60 MG TABLET, 90 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>cilostazol (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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>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)
<i>clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)
<i>irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 0.05 mg/ml solution</i>	\$0 (Tier 2)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 125 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0 (Tier 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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)	
<i>nimodipine 60 mg/20 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA
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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)</i>	\$0 (Tier 1)	
ATTRUBY 356 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<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)	
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>ivabradine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>losartan-hydrochlorothiazide (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>metyrosine 250 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>sacubitril-valsartan (24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>spironolactone-hctz 25-25 tab</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VANRAFIA 0.75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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
TRYNGOLZA 80 MG/0.8 ML AUTOINJ	\$0 (Tier 2)	PA, QL (0.8 per 28 days)
MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 mononit er 60 mg tb</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 120 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nitroglycerin 0.4% ointment</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days)
<i>nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)	
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)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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, er(la) 60mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>methylphenidate er 36 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 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)
AUSTEDO XR 12 MG TABLET	\$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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 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(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)
NUDEXTA 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)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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 30 MCG/0.5 ML SYR (4PK)	\$0 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN (PEN 30 MCG/0.5 ML, PEN 30 MCG/0.5 ML KIT)	\$0 (Tier 2)	PA
AVONEX PEN 30 MCG/0.5 ML (4PK)	\$0 (Tier 2)	PA
BETASERON 0.3 MG INJECTION	\$0 (Tier 2)	PA
<i>dalfampridine er 10 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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>dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
MAYZENT 0.25MG START-1MG MAINT	\$0 (Tier 2)	PA, QL (7 per 4 days)
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
ZEPOSIA (0.92 MG CAPSULE, STARTER KIT (28-DAY), STARTER PACK (7-DAY))	\$0 (Tier 2)	PA

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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
ACCUTANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>azelaic acid 15% gel</i>	\$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>clind ph-benzoyl perox 1.2-5%</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
<i>tazarotene 0.05% cream</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
<i>tazarotene 0.1% cream</i>	\$0 (Tier 1)	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
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)	
<i>amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>betamethasone diprop augmented (dp 0.05% crm, dp 0.05% gel, dp 0.05% lot, dp 0.05% oin)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>betamethasone dipropionate (dp 0.05% crm, dp 0.05% lot, dp 0.05% oint, dp aug 0.05% crm)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol emollient 0.05% crm</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% cream, 0.25% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>fluocinonide-e 0.05% cream</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream, 0.05% lotion)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>selenium sulfide 2.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIDERM 0.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
<i>calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<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 (0.5% cream, 5% cream)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>fluorouracil (2% soln, 5% soln)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>imiquimod 5% cream packet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
<i>methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>nystatin-triamcinolone (cream, ointm)</i>	\$0 (Tier 1)	
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	\$0 (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)	
QBREXZA 2.4% CLOTH	\$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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
ZORYVE (0.15% CREAM, 0.3% CREAM, 0.3% FOAM)	\$0 (Tier 2)	PA
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
CROTAN 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (474 per 30 days)
<i>malathion 0.5% lotion</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>permethrin 5% cream</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (474 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, phosphate 1% gel)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)	
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)	
<i>multiple electrolytes t1 ph5.5</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>multiple electrolytes t1 ph7.4</i>	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
<i>tolvaptan (15 mg tablet, 15 mg-15 mg tablet, 30 mg tablet, 30 mg-15 mg tablet, 45 mg-15 mg tablet, 60 mg-30 mg tablet, 90 mg-30 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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
CLINOLIPID (20% (100 GM/500 ML), 20% (20 GM/100 ML), 20% (200 GM/1000ML), 20% (50 GM/250 ML))	\$0 (Tier 2)	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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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%-0.2% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.225% nacl iv sol</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.45% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose 5%-0.9% nacl iv soln</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose 5%-0.9% nacl 1000 ml</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0 (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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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-0.225% nacl (10meq/500ml-d5w-0.225%nacl, 20 meq/l-d5w-0.225% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.45% nacl (10 meq/500ml-d5w-0.45%nacl, 10 meq/l-d5w-0.45% nacl, 20 meq/l-d5w-0.45% nacl, 30 meq/l-d5w-0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>kcl-d5w-0.9% nacl (20 meq/l-d5w-0.9%, 40 meq/l-d5w-0.9%)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATAL PNV TABLET	\$0 (Tier 2)	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0 (Tier 2)	PA
PREMASOL 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet</i>	\$0 (Tier 2)	
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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 packet, 20 gm packet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
<i>lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
MOVANTIK (12.5 MG TABLET, 25 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
RELISTOR (8 MG/0.4 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML KIT, 12 MG/0.6 ML SYRINGE, 12 MG/0.6 ML VIAL)	\$0 (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		
<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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)	
IQIRVO 80 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazol-amoxicil-clarithro</i>	\$0 (Tier 1)	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
<i>peg 3350-electrolyte solution</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>peg-3350 and electrolytes 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)	
<i>sucralfate 1 gm 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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		
AQNEURSA 1 GRAM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 2)	PA, 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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 1,000 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
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
CTEXTI 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
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
DUVYZAT 8.86 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (420 per 30 days)
GALAFOLD 123 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (14 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
GLASSIA (4 GM /200 ML VIAL, 5 GM /250 ML VIAL)	\$0 (Tier 2)	
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
KEVEYIS 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (120 per 30 days)
<i>l-glutamine 5 gram powder pkt</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
<i>miglustat 100 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
MIPLYFFA (47 MG CAPSULE, 62 MG CAPSULE, 93 MG CAPSULE, 124 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
ORMALVI 50 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5 ML SYRINGE, 10 MG/0.5 ML SYRINGE, 20 MG/ML SYRINGE)	\$0 (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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)	
<i>sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 20,880-78,300 UNITS TB)	\$0 (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
XROMI 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
YARGESA 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	PA
ZEMAIRA (1,000 MG VIAL, 4,000 MG VIAL, 5,000 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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

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)	
GEMTESA 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
MYRBETRIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (100 per 10 days)
<i>oxybutynin chloride (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>oxybutynin chloride er (er 5 mg tablet, er 10 mg tablet, er 15 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er (er 2 mg cap, er 4 mg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>tropium chloride 20 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>tropium chloride er 60 mg cap</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride 0.5 mg capsule</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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>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)	
<i>tiopronin (100 mg tablet, dr 100 mg tablet, dr 300 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
VENXXIVA (DR 100 MG TABLET, DR 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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)		
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 40 UNIT/0.5 ML, GEL 80 UNIT/ML SYR)	\$0 (Tier 2)	PA
CORTROPHIN 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)	
<i>fludrocortisone 0.1 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	
JAYTHARI (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
ORAPRED ODT (ODT 10 MG TABLET, ODT 15 MG TABLET, ODT 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
<i>prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)</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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
CRENESSITY (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
<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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 10 mg gel pump</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>testosterone cypionate (testosteron 2,000 mg/10 ml, testosterone 100 mg/ml, testosterone 200 mg/ml, testosterone 500 mg/2.5 ml, testosterone 500 mg/5 ml, testosterone 1,000 mg/10ml, testosterone 1,000 mg/5 ml, testosterone 2,000 mg/10ml, testosterone 6,000 mg/30ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>testosterone enanthate (testosteron 1,000 mg/5 ml, testosterone 200 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ESTROGENS		
ANNOVERA VAGINAL RING	\$0 (Tier 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
ESTRACE 0.01% CREAM	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.01% cream, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>estradiol (0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
<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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
ESTRING (2 MG VAGINAL RING, 7.5 MCG/DAY (2MG) RING)	\$0 (Tier 2)	
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)
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
YUVAFEM (10 MCG INSERT, 10 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS), OTHER		
ABIGALE 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ABIGALE LO 0.5-0.1 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ACTIVELLA 1 MG-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALTAVERA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ALYACEN 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ANGELIQ (0.25 MG-0.5 MG TABLET, 0.5 MG-1 MG TABLET)	\$0 (Tier 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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
AUBRA EQ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AUBRA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AVIANE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
AZURETTE 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
BALCOLTRA TABLET	\$0 (Tier 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)	
CRYSSELLE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
CYRED 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
CYRED EQ 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	
ELURYNG VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENILLORING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
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-eth estra 1mg-35mcg</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>etonogestrel-ee vaginal ring</i>	\$0 (Tier 1)	
FALMINA-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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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)		
FEIRZA (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
FEMLYV 1 MG-0.02 MG ODT	\$0 (Tier 1)	
FINZALA 1-0.02(24)-75 CHEW TAB	\$0 (Tier 1)	
FYAVOLV (0.5 MG-2.5 MCG TABLET, 1 MG-5 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
GALBRIELA 0.8-0.025 MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
GEMMILY 1 MG-20 MCG CAPSULE	\$0 (Tier 1)	
HAILEY 24 FE 1 MG-20 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
INTROVALE 0.15-0.03 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
ISIBLOOM 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JAIMIESS 0.15-0.03-0.01 MG TAB	\$0 (Tier 1)	
JASMIEL 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JINTELI 1 MG-5 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
JOYEAUX-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
JULEBER 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
JUNEL (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE (1 MG-20 MCG TABLET, 1.5 MG-30 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
JUNEL FE 24 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KAITLIB FE 0.8-0.025MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
KARIVA 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
KELNOR 1-35 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KURVELO-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
KYLEENA 19.5 MG SYSTEM	\$0 (Tier 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)	
LESSINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
LEVONEST-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e 0.15-0.03-0.01, levonor-e 0.1-0.02-0.01)</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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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)		
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)	
LOJAIMIESS 0.1-0.02-0.01 TAB	\$0 (Tier 1)	
LORYNA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LOW-OGESTREL-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
MICROGESTIN FE (1-20 TABLET, 1.5-30 TAB)	\$0 (Tier 1)	
MILI 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIMVEY 1-0.5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
MINZOYA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
MIRENA 52 MG SYSTEM	\$0 (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)	
NIKKI 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>norelgestrom-ee 150-35 mcg/day</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind-eth 1-0.02 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>norethindrone-e.estradiol-iron (1-0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)</i>	\$0 (Tier 1)	
NORTREL (0.5-35-28 TABLET, 1-35 21 TABLET, 1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
NUVARING VAGINAL RING	\$0 (Tier 2)	
NYLIA (1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
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)	
RECLIPSEN 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
RIVELSA TABLET	\$0 (Tier 1)	
ROSYRAH TABLET	\$0 (Tier 1)	
SAFYRAL TABLET	\$0 (Tier 2)	
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
TILIA FE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LEGEST FE-28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-LO-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-MILI 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-SPRINTEC TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
TRI-VYLIBRA LO TABLET	\$0 (Tier 1)	
TURQOZ-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
VALTYA 1 MG-50 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VELIVET 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
VESTURA 3 MG-0.02 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIENVA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
VYFEMLA 0.4 MG-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
VYLIBRA 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
WYMZYA FE (0.4-0.035 MG CHEW TB, CHEWABLE TABLET)	\$0 (Tier 1)	
XARAH FE 1 MG/20-30-35 MCG TAB	\$0 (Tier 1)	
XELRIA FE 0.4-0.035 MG CHEW TB	\$0 (Tier 1)	
XULANE 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
YASMIN 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
YAZ 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ZAFEMY 150-35 MCG/DAY PATCH	\$0 (Tier 1)	
ZOVIA 1-35 TABLET	\$0 (Tier 1)	
PROGESTINS		
CAMILA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
CRINONE (4% GEL, 8% GEL)	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
DEBLITANE 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
ERRIN 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
GALLIFREY 5 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
HEATHER 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
INCASSIA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYLEQ 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
LYZA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>megestrol 400 mg/10 ml cup</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>megestrol acetate 40mg/ml oral suspension</i>	\$0 (Tier 1)	PA
MELEYA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
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)	
ORQUIDEA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
<i>progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
<i>levothyroxine sodium (13 mcg capsule, 25 mcg capsule, 25 mcg tablet, 50 mcg capsule, 50 mcg tablet, 75 mcg capsule, 75 mcg tablet, 88 mcg capsule, 88 mcg tablet, 100 mcg capsule, 100 mcg tablet, 112 mcg capsule, 112 mcg tablet, 125 mcg capsule, 125 mcg tablet, 137 mcg capsule, 137 mcg tablet, 150 mcg capsule, 150 mcg tablet, 175 mcg capsule, 175 mcg tablet, 200 mcg capsule, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
LEVOXYL (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
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)	
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
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)	

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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
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
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)		
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)
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 (THYROID)		
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propylthiouracil 50 mg tablet</i>	\$0 (Tier 1)	

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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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
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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پریشانی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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
PRIVIGEN 10% VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
EMPAVELI 1,080 MG/20 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (160 per 28 days)
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)
VOYDEYA (100 MG TABLET, 150 MG DOSE TABLET)	\$0 (Tier 2)	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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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
BIMZELX (160 MG/ML SYRINGE, 320 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
BIMZELX AUTOINJECTOR (160 MG/ML AUTOINJECTOR, 320 MG/2 ML AUTOINJECT)	\$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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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 (200 MG/1.14 ML SYRING, 300 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
OLUMIANT (1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
OMVOH (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG DOSE - 2 SYRINGES, 300 MG DOSE - 2 SYRINGES)	\$0 (Tier 2)	PA
OMVOH PEN (100 MG/ML PEN, 200 MG DOSE - 2 PENS, 300 MG DOSE - 2 PENS)	\$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
RINVOQ (ER 15 MG TABLET, ER 30 MG TABLET, ER 45 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	\$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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-BODY	\$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
TREMFYA (100 MG/ML SYRINGE, 200 MG/2 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
TREMFYA 100 MG/ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA
TREMFYA 200 MG/2 ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 INDCT 200MG/2ML X2 PEN	\$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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0 (Tier 2)	PA
<i>cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
ENBREL (25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE)	\$0 (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)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
HUMIRA 40 MG/0.8 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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 PEN 40 MG/0.8 ML	\$0 (Tier 2)	PA
HUMIRA(CF) (CDV HUMIRA(CF) 10 MG/0.1ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 20 MG/0.2ML SYR, CDV HUMIRA(CF) 40 MG/0.4ML SYR, HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRING, HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML SYRING, HUMIRA(CF) 40 MG/0.4 ML SYRING)	\$0 (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 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرستی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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
SANDIMMUNE (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
SIMLANDI(CF) (SIMLANDI(CF) 20 MG/0.2 ML, SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML, SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML)	\$0 (Tier 2)	PA
SIMLANDI(CF) AUTOINJECTOR (SIMLANDI(CF) 40 MG/0.4 ML, SIMLANDI(CF) 80 MG/0.8 ML)	\$0 (Tier 2)	PA
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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule (ir), 5 mg capsule, 5 mg capsule (ir))</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
BOOSTRIX TDAP (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	
DAPTACEL DTAP VACCINE	\$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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
IXIARO VACCINE	\$0 (Tier 2)	
JYNNEOS VACCINE	\$0 (Tier 2)	
KINRIX VACCINE	\$0 (Tier 2)	
M-M-R II VACCINE 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)	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y KIT	\$0 (Tier 2)	
PENTACEL VACCINE	\$0 (Tier 2)	
PRIORIX VIAL	\$0 (Tier 2)	
PROQUAD VIAL	\$0 (Tier 2)	
QUADRACEL DTAP-IPV (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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 VACCINE ORAL SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
ROTATEQ VACCINE	\$0 (Tier 2)	
SHINGRIX VACCINE	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 365 days)
TENIVAC (SYRINGE, VIAL)	\$0 (Tier 2)	
TICOVAC (1.2 MCG/0.25 ML SYRINGE, 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)	
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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
VARIVAX VACCINE	\$0 (Tier 2)	
VAXCHORA VACCINE	\$0 (Tier 2)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
VIVOTIF EC CAPSULE	\$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)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)	
<i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 10 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BONSITY 560 MCG/2.24 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
<i>calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	PA BVD
<i>doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
<i>paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)</i>	\$0 (Tier 1)	PA
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 560mcg/2.24ml pen</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
YORVIPATH 168 MCG/0.56 ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1.12 per 28 days)
YORVIPATH 294 MCG/0.98 ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (1.96 per 28 days)
YORVIPATH 420 MCG/1.4 ML PEN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (2.8 per 28 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
<i>atropine 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>atropine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	PA
<i>cyclosporine 0.05% eye emuls</i>	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
<i>dorzolamide-timolol eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neo-bacit-poly-hc eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCYCIN HC EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-bacit-polymix eye oint</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomyc-polym-gramicid eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-poly-hc eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)</i>	\$0 (Tier 1)	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	\$0 (Tier 2)	PA
<i>pilocarpine hcl 1.25% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>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)
XIIDRA 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
<i>azelastine hcl 0.05% drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>cromolyn 4% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
OPHTHALMIC ANTI-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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>erythromycin 0.5% eye ointment</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gatifloxacin 0.5% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>gentamicin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)</i>	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<i>ofloxacin 0.3% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>sulfacetamide sodium (10% drops, 10% ointment)</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	
<i>trifluridine 1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
XDEMVY 0.25% DROP	\$0 (Tier 2)	PA
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0 (Tier 2)	
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium 0.09% eye drp</i>	\$0 (Tier 1)	QL (3.4 per 180 days)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>dexamethasone 0.1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>diclofenac 0.1% eye drops</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>difluprednate 0.05% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	\$0 (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% ophthalmc 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>betaxolol hcl 0.5% eye drop</i>	\$0 (Tier 1)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	\$0 (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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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)
ANTI-HISTAMINES		
<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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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)
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG INH	\$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, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)</i>	\$0 (Tier 1)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 (proair generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
<i>arformoterol 15 mcg/2 ml soln</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>epinephrine (0.15 mg auto-injct, 0.3 mg auto-inject)</i>	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
<i>levalbuterol conc 1.25 mg/0.5</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)</i>	\$0 (Tier 1)	PA NSO
<i>levalbuterol tar hfa 45mcg inh</i>	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
NEFFY (1 MG/0.1 ML NASAL SPRAY, 2 MG/0.1 ML NASAL SPRAY)	\$0 (Tier 2)	QL (2 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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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		
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
CAYSTON 75 MG INHAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
KALYDECO (5.8 MG GRANULES PKT, 13.4 MG GRANULES PKT, 25 MG GRANULES PACKET, 50 MG GRANULES PACKET, 75 MG GRANULES PACKET, 150 MG TABLET)	\$0 (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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 2)	PA
<i>tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)</i>	\$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0 (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)	

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول می‌توانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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>theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)</i>	\$0 (Tier 1)	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 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

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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 1 TITRATION KT	\$0 (Tier 2)	PA
ORENITRAM MONTH 2 TITRATION KT	\$0 (Tier 2)	PA
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, 48 MCG CARTRIDGE, 64 MCG 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)
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)	
ALYFTREK 10-50-125 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
ALYFTREK 4-20-50 MG TABLET	\$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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
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)
<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)

به منظور دریافت اطلاعات در مورد علائم و اختصارات استفاده شده در این جدول میتوانید به فهرست اختصارات در صفحه 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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-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)
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)
WINREVAIR (2 PACK) (45 MG KIT, 60 MG 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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		
WINREVAIR 45 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
WINREVAIR 60 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete توسط شماره تلفن (TTY 711) 1-877-412-2734 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 20 مراجعه نمایید.

اگر پرسشی دارید، لطفاً با CalOptima Health OneCare Complete 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	ACTHAR.....	183	ALTAVERA.....	191
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 SELFJECT.....	183	ALUNBRIG.....	71
	ACTHIB VACCINE.....	223	ALYACEN.....	191
	ACTIMMUNE.....	218	ALYFTREK.....	245
	ACTIVELLA.....	191	ALYQ.....	243
	<i>acyclovir</i>	108,162	<i>amantadine</i>	88
	<i>acyclovir sodium</i>	108	<i>ambriasantan</i>	243
	ADACEL TDAP.....	223	<i>amcinonide</i>	157
	<i>adefovir dipivoxil</i>	101	<i>amikacin sulfate</i>	29
1	ADEMPAS.....	243	<i>amiloride hcl</i>	142
1ST	ADLARITY.....	49	<i>amiloride-</i>	
GENERATION/TYPICAL.....	AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	62	<i>hydrochlorothiazide</i>	138
	AJOVY AUTOINJECTOR.....	62	AMINOGLYCOSIDES.....	29
2	AJOVY SYRINGE.....	62	AMINOSALICYLATES	
2ND	AKEEGA.....	71	AND/OR PRODRUGS.....	227
GENERATION/ATYPICAL.....	ALA-CORT.....	157	<i>amiodarone hcl</i>	131
	<i>albendazole</i>	87	<i>amitriptyline hcl</i>	55
A	<i>albuterol sulfate</i>	239	<i>amlodipine besylate</i>	135
<i>abacavir</i>	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg</i>		<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>abacavir-lamivudine</i>	<i>inhaler (Proair generic)</i>	240	<i>benazepril</i>	138
ABIGALE.....	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg</i>		<i>amlodipine-atorvastatin</i>	138
ABIGALE LO.....	<i>inhaler (Proventil generic)</i>	240	<i>amlodipine-olmesartan</i>	138
ABILIFY ASIMTUFII.....	<i>albuterol sulfate hfa 90 mcg</i>		<i>amlodipine-valsartan</i>	138
ABILIFY MAINTENA.....	<i>inhaler (Ventolin generic)</i>	240	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	138
<i>abiraterone acetate</i>	ALCOHOL		<i>ammonium lactate</i>	157
ABIRTEGA.....	DETERRENTS/ANTI-		AMNESTEEM.....	156
ABRYSVO VIAL.....	CRAVING.....	27	<i>amoxapine</i>	55
<i>acamprosate calcium</i>	ALECENSA.....	71	<i>amoxicillin</i>	34
<i>acarbose</i>	<i>alendronate sodium</i>	228,229	<i>amoxicillin-clavulanate</i>	
ACCUTANE.....	<i>alfuzosin hcl er</i>	181	<i>potass</i>	34
<i>acebutolol hcl</i>	<i>aliskiren</i>	138	<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>	61	<i>ampicillin sodium</i>	34
<i>mg/5</i>	<i>alogliptin</i>	112	<i>ampicillin trihydrate</i>	34
<i>acetazolamide</i>	<i>alogliptin-metformin</i>	112	<i>ampicillin-sulbactam</i>	35
<i>acetazolamide er</i>	<i>alosetron hcl</i>	172	AMYOTROPHIC LATERAL	
<i>acetic acid</i>	ALPHA-ADRENERGIC		SCLEROSIS (ALS)	
<i>acetylcysteine</i>	AGONISTS.....	128	AGENTS.....	147
<i>acitretin</i>	ALPHA-ADRENERGIC		<i>anagrelide hcl</i>	124
ACNE AND ROSACEA	BLOCKING AGENTS.....	129	ANALGESICS.....	21
AGENTS.....	<i>alprazolam</i>	110	ANALGESICS.....	21
ACTEMRA.....				
ACTEMRA ACTPEN.....				

ANALGESICS	ANTI-HIV AGENTS,	ANTIHISTAMINES.....	238
COMBINATIONS.....	NUCLEOSIDE AND	ANTILEUKOTRIENES.....	238
<i>anastrozole</i>	NUCLEOTIDE REVERSE	ANTIMETABOLITES.....	68
ANDROGENS.....	TRANSCRIPTASE	ANTIMIGRAINE AGENTS...62	
ANESTHETICS.....	INHIBITORS (NRTI).....	ANTIMIGRAINE AGENTS...62	104
ANGELIQ.....	ANTI-HIV AGENTS,	ANTIMYASTHENIC	
ANGIOEDEMA AGENTS...210	OTHER.....	AGENTS.....	64
ANGIOTENSIN II RECEPTOR	ANTI-HIV AGENTS,	ANTIMYCOBACTERIALS...65	
ANTAGONISTS.....	PROTEASE INHIBITORS	ANTIMYCOBACTERIALS,	
ANGIOTENSIN-CONVERTING	(PI).....	OTHER.....	65
ENZYME (ACE)	ANTI-INFLAMMATORIES,	ANTINEOPLASTICS.....	66
INHIBITORS.....	INHALED	ANTINEOPLASTICS.....	69
ANNOVERA.....	CORTICOSTEROIDS.....	ANTINEOPLASTICS,	
ANORO ELLIPTA.....	237	OTHER.....	69
ANTHELMINTHICS.....	ANTI-INFLUENZA	ANTIPARASITICS.....	87
ANTI-	AGENTS.....	ANTIPARKINSON AGENTS.88	
ADDICTION/SUBSTANCE	ANTIANDROGENS.....	ANTIPARKINSON AGENTS,	
ABUSE TREATMENT	ANTIANGIOGENIC	OTHER.....	88
AGENTS.....	AGENTS.....	ANTIPROTOZOALS.....	87
ANTI-CONSTIPATION	ANTIARRHYTHMICS.....	ANTIPSYCHOTICS.....	91
AGENTS.....	29	ANTIPSYCHOTICS.....	99
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS	ANTIBACTERIALS.....	ANTISPASMODICS,	
(CMV) AGENTS.....	29	GASTROINTESTINAL.....	173
ANTI-DIARRHEAL	ANTIBACTERIALS, OTHER.29	ANTISPASMODICS,	
AGENTS.....	ANTICHOLINERGICS.....	URINARY.....	180
ANTI-HEPATITIS B (HBV)	88	ANTISPASTICITY	
AGENTS.....	ANTICOAGULANTS.....	AGENTS.....	100
ANTI-HEPATITIS C (HCV)	121	ANTISPASTICITY	
AGENTS.....	ANTICONVULSANTS.....	AGENTS.....	100
ANTI-HIV AGENTS,	40	ANTITHYROID AGENTS...210	
INTEGRASE INHIBITORS	ANTICONVULSANTS,	ANTITUBERCULARS.....	65
(INSTI).....	OTHER.....	ANTIVIRAL, CORONAVIRUS	
ANTI-HIV AGENTS, NON-	40	AGENTS.....	109
NUCLEOSIDE REVERSE	ANTIDEMENTIA AGENTS...49	ANTIVIRALS.....	100
TRANSCRIPTASE	ANTIDEPRESSANTS.....	ANUSOL-HC.....	228
INHIBITORS (NNRTI).....	50	ANXIOLYTICS.....	109
	ANTIDEPRESSANTS,	ANXIOLYTICS, OTHER...109	
	OTHER.....	<i>apraclonidine hcl</i>	235
	ANTIDIABETIC AGENTS...112	<i>aprepitant</i>	58
	ANTIEMETICS.....	APRI.....	191
	57	APTIVUS.....	106
	ANTIEMETICS, OTHER...57		
	ANTIESTROGENS/MODIFIER		
	S.....		
	68		
	ANTIFUNGALS.....		
	59		
	ANTIFUNGALS.....		
	59		
	ANTIGOUT AGENTS.....		
	61		
	ANTIGOUT AGENTS.....		
	61		
	ANTIHERPETIC AGENTS...108		

AQNEURSA.....	175	AUGTYRO.....	69	<i>benazepril-</i>	
ARALAST NP.....	176	AUSTEDO.....	150	<i>hydrochlorothiazide.....</i>	139
ARANELLE.....	191	AUSTEDO XR.....	150,151	BENIGN PROSTATIC	
ARANESP.....	124	AUSTEDO XR TITRATION		HYPERTROPHY AGENTS.....	181
ARCALYST.....	213	KT(WK1-4).....	151	BENLYSTA.....	213
AREXVY VACCINE.....	223	AUVELITY.....	50	BENZODIAZEPINES.....	110
<i>arformoterol tartrate.....</i>	240	AVIANE.....	192	<i>benztropine mesylate.....</i>	88
ARIKAYCE.....	29	AVMAPKI-FAKZYNJA.....	69	BESIVANCE.....	232
<i>aripiprazole.....</i>	93	AVONEX.....	152	BESREMI.....	218
<i>aripiprazole odt.....</i>	93	AVONEX (4 PACK).....	152	BETA-ADRENERGIC	
ARISTADA.....	93	AVONEX PEN.....	152	BLOCKING AGENTS.....	133
ARISTADA INITIO.....	94	AVONEX PEN (4 PACK).....	152	BETA-LACTAM,	
<i>armodafinil.....</i>	249	AVYCAZ.....	32	CEPHALOSPORINS.....	32
ARNUITY ELLIPTA.....	237	AYVAKIT.....	71	BETA-LACTAM,	
AROMATASE INHIBITORS,		AZASAN.....	218	PENICILLINS.....	34
3RD GENERATION.....	70	AZASITE.....	232	<i>betaine anhydrous.....</i>	176
<i>asenapine maleate.....</i>	94	<i>azathioprine.....</i>	218	<i>betamethasone diprop</i>	
ASHLYNA.....	191	<i>azelaic acid.....</i>	156	<i>augmented.....</i>	157
<i>aspirin-dipyridamole er.....</i>	127	<i>azelastine hcl.....</i>	232,238	<i>betamethasone</i>	
ASTAGRAF XL.....	218	<i>azithromycin.....</i>	37	<i>dipropionate.....</i>	157
<i>atazanavir sulfate.....</i>	106	<i>azithromycin 250 mg tablet</i>		<i>betamethasone valerate.....</i>	158
<i>atenolol.....</i>	133	<i>(dose pack).....</i>	37	BETASERON 0.3 MG	
<i>atenolol-chlorthalidone.....</i>	139	<i>azithromycin 500 mg tablet</i>		INJECTION.....	152
<i>atomoxetine hcl.....</i>	148	<i>(dose pack).....</i>	37	<i>betaxolol hcl.....</i>	133,235
<i>atorvastatin calcium.....</i>	143	<i>aztreonam.....</i>	29	<i>bethanechol chloride.....</i>	182
<i>atovaquone.....</i>	87	AZURETTE.....	192	BETOPTIC S.....	235
<i>atovaquone-proguanil hcl.....</i>	87	B		<i>bexarotene.....</i>	86
<i>atropine 1% eye drop.....</i>	231	<i>bacitracin.....</i>	232	BEXSERO.....	223
<i>atropine sulfate.....</i>	231	<i>bacitracin-polymyxin.....</i>	232	BEYAZ.....	192
ATROVENT HFA.....	239	<i>baclofen.....</i>	100	<i>bicalutamide.....</i>	67
ATTENTION DEFICIT		BALCOLTRA.....	192	BICILLIN C-R.....	35
HYPERACTIVITY DISORDER		<i>balsalazide disodium.....</i>	227	BICILLIN L-A.....	35
AGENTS,		BALVERSA.....	71,72	BIKTARVY.....	102
AMPHETAMINES.....	147	BALZIVA.....	192	<i>bimatoprost.....</i>	235
ATTENTION DEFICIT		BAQSIMI.....	116	BIMZELX.....	213
HYPERACTIVITY DISORDER		BARACLUDGE.....	101	BIMZELX AUTOINJECTOR.....	213
AGENTS, NON-		BAXDELA.....	38	BIPOLAR AGENTS.....	111
AMPHETAMINES.....	148	<i>bcg vaccine (tice strain).....</i>	223	<i>bisoprolol fumarate.....</i>	133
ATTRUBY.....	139	<i>benazepril hcl.....</i>	130	<i>hydrochlorothiazide.....</i>	139
AUBRA.....	192			BIVIGAM.....	211
AUBRA EQ.....	192				

BLISOVI 24 FE.....	192	<i>butalbital-acetaminophen-</i>	<i>carisoprodol</i>	248
BLISOVI FE.....	192	<i>caffeine 50-325-40 mg tablet</i>	<i>carteolol hcl</i>	235
BLOOD GLUCOSE			CARTIA XT.....	135
REGULATORS.....	112	C	<i>carvedilol</i>	133
BLOOD PRODUCTS AND		<i>cabergoline</i>	<i>caspofungin acetate</i>	59
MODIFIERS.....	121	CABLIVI 11 MG VIAL KIT.....	CAYSTON.....	241
BLOOD PRODUCTS AND		CABOMETYX.....	<i>cefaclor</i>	32
MODIFIERS, OTHER.....	124	<i>calcipotriene</i>	<i>cefadroxil</i>	32
BONSITY.....	229	CALCITONIN GENE-RELATED	<i>cefazolin sodium</i>	32
BOOSTRIX TDAP.....	224	PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR	<i>cefdinir</i>	32
<i>bosentan</i>	243	ANTAGONISTS.....	<i>cefepime hcl</i>	32
BOSULIF.....	72	<i>calcitonin-salmon</i>	<i>cefixime</i>	32
BRAFTOVI.....	72	<i>calcitriol</i>	<i>cefotetan</i>	33
BREO ELLIPTA.....	246	CALCIUM CHANNEL	<i>cefoxitin</i>	33
BREYNA.....	246	BLOCKING AGENTS,	<i>cefpodoxime proxetil</i>	33
BREZTRI AEROSPHERE.....	246	DIHYDROPYRIDINES.....	<i>cefprozil</i>	33
BRIELLYN.....	192	CALCIUM CHANNEL	<i>ceftazidime</i>	33
BRILINTA.....	127	BLOCKING AGENTS,	<i>ceftriaxone</i>	33
<i>brimonidine tartrate</i>	235	NONDIHYDROPYRIDINES.....	<i>cefuroxime</i>	33
<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	236	CALCIUM CHANNEL	<i>cefuroxime sodium</i>	33
<i>brinzolamide</i>	236	MODIFYING AGENTS.....	<i>celecoxib</i>	22
BRIVIACT.....	40	CALQUENCE.....	CELLCEPT.....	218
<i>bromfenac sodium</i>	233	CAMILA.....	CENTRAL NERVOUS	
<i>bromocriptine mesylate</i>	89	CAMRESE LO.....	SYSTEM AGENTS.....	147
BRONCHODILATORS,		CAMZYOS.....	CENTRAL NERVOUS	
ANTICHOLINERGIC.....	239	<i>candesartan cilexetil</i>	SYSTEM AGENTS,	
BRONCHODILATORS,		CAPLYTA.....	OTHER.....	150
SYMPATHOMIMETIC.....	239	CAPRELSA.....	<i>cephalexin</i>	33
BRUKINSA.....	72	<i>carbamazepine</i>	<i>cevimeline hcl</i>	155
<i>budesonide</i>	228,237	<i>carbamazepine er</i>	CHEMET.....	166
<i>budesonide dr</i>	228	CARBAPENEMS.....	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	110
<i>budesonide ec</i>	228	<i>carbidopa</i>	<i>chlorhexidine gluconate</i>	155
<i>budesonide-formoterol</i>		<i>carbidopa-levodopa</i>	<i>chloroquine phosphate</i>	87
<i>fumarate</i>	246	<i>carbidopa-levodopa er</i>	<i>chlorpromazine hcl</i>	91
<i>bumetanide</i>	141	<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>chlorthalidone</i>	142
<i>buprenorphine hcl</i>	27	<i>entacapone</i>	CHOLBAM.....	176
<i>buprenorphine-naloxone</i>	27	CARDIOVASCULAR	<i>cholestyramine</i>	144
<i>bupropion hcl</i>	50	AGENTS.....	<i>cholestyramine light</i>	144
<i>bupropion hcl sr</i>	28,50	CARDIOVASCULAR AGENTS,	CHOLINESTERASE	
<i>bupropion xl</i>	50	OTHER.....	INHIBITORS.....	49
<i>buspironone hcl</i>	109	<i>carglumic acid</i>	<i>ciclopirox</i>	162

<i>cilostazol</i>	127	<i>clonidine hcl er</i>	148	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	248
CILOXAN.....	232	<i>clopidogrel</i>	128	<i>cyclophosphamide</i>	66
CIMDUO.....	105	<i>clorazepate dipotassium</i>	44	<i>cyclosporine</i>	219,231
<i>cimetidine</i>	174	<i>clotrimazole</i>	59	<i>cyclosporine modified</i>	219
CIMZIA (2 PACK).....	218	<i>clotrimazole-</i>		<i>cyproheptadine hcl</i>	238
CIMZIA 2X200 MG/ML		<i>betamethasone</i>	160	CYRED.....	192
SYRINGE KIT.....	219	<i>clozapine</i>	99	CYRED EQ.....	193
<i>cinacalcet hcl</i>	229	<i>clozapine odt</i>	99	CYSTAGON.....	176
CINRYZE.....	210	COARTEM.....	87	CYSTARAN.....	176
CIPRO HC.....	237	COBENFY.....	99	CYSTIC FIBROSIS	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	38,232	COBENFY STARTER PACK.....	99	AGENTS.....	241
<i>ciprofloxacin-d5w</i>	38	<i>codeine sulfate</i>	25		
<i>ciprofloxacin-</i>		<i>colchicine</i>	61	D	
<i>dexamethasone</i>	237	<i>colesevelam hcl</i>	112,144	<i>dabigatran etexilate</i>	121
<i>citalopram hbr</i>	52	<i>colestipol hcl</i>	144	<i>dalfampridine er</i>	152
CLARAVIS.....	156	<i>colistimethate</i>	30	DALVANCE.....	30
<i>clarithromycin</i>	37	COMBIPATCH.....	192	<i>danazol</i>	187
CLEOCIN.....	162	COMBIVENT RESPIMAT.....	246	<i>dantrolene sodium</i>	100
CLIMARA PRO.....	192	COMETRIQ.....	72	DANZITEN.....	73
<i>clindamycin (pediatric)</i>	30	CONSTULOSE.....	171	<i>dapsone</i>	65
<i>clindamycin 1% gel</i>	162	COPIKTRA.....	72	DAPTACEL DTAP.....	224
<i>clindamycin hcl</i>	30	CORLANOR.....	139	<i>daptomycin</i>	30
<i>clindamycin pediatric</i>	30	CORTROPHIN.....	183	<i>darifenacin er</i>	180
<i>clindamycin phos-benzoyl</i>		CORTROPHIN GEL 400		<i>darunavir</i>	106
<i>perox</i>	156	UNIT/5 ML.....	183	<i>dasatinib</i>	73
<i>clindamycin phosphate</i> ..	30,162	COSENTYX (2 SYRINGES).....	213	DAURISMO.....	73
<i>clindamycin phosphate-d5w</i> ..	30	COSENTYX SENSOREADY (2		DAYBUE.....	176
CLINIMIX.....	167	PENS).....	213	DEBLITANE.....	203
CLINIMIX E.....	167	COSENTYX SENSOREADY		<i>deferasirox</i>	166
CLINISOL.....	167	PEN.....	213	<i>deferiprone</i>	166
CLINOLIPID.....	167	COSENTYX SYRINGE.....	214	<i>deferiprone (3 times a day)</i> ..	166
<i>clobazam</i>	43	COSENTYX UNOREADY		<i>deflazacort</i>	183
<i>clobetasol emollient</i>	158	PEN.....	214	DELSTRIGO.....	103
<i>clobetasol propionate</i>	158	COTELLIC.....	73	<i>demeclocycline hcl</i>	39
<i>clomipramine hcl</i>	56	CRENESSITY.....	185	DENTAL AND ORAL	
<i>clonazepam</i>	43,44	CREON.....	176	AGENTS.....	155
<i>clonazepam 0.125 mg odt</i> ..	44	CRINONE.....	202	DENTAL AND ORAL	
<i>clonazepam 0.5 mg odt</i>	44	<i>cromolyn sodium</i>	232,242	AGENTS.....	155
<i>clonazepam 1 mg odt</i>	44	CROTAN.....	162	DEPO-ESTRADIOL.....	188
<i>clonidine</i>	128	CRYSELLE.....	192	DEPO-SUBQ PROVERA	
<i>clonidine hcl</i>	128	CTEXLI.....	176	104.....	203

DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS.....	157	<i>dicloxacillin sodium</i>	35	<i>dorzolamide-timolol</i>	231
DERMATOLOGICAL AGENTS.....	156	<i>dicyclomine hcl</i>	173	DOTTI.....	188
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER.....	160	DIFICID.....	37	DOVATO.....	103
DESCOVY.....	105	<i>diflorasone diacetate</i>	158	<i>doxazosin mesylate</i>	129
<i>desipramine hcl</i>	56	<i>difluprednate</i>	234	<i>doxepin hcl</i>	56, 158
<i>desloratadine</i>	238	<i>digoxin</i>	131, 139	<i>doxercalciferol</i>	229
<i>desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr</i>	185	<i>digoxin 125 mcg tablet</i>	132	DOXY 100.....	39
<i>desmopressin acetate</i>	185	<i>digoxin 250 mcg tablet</i>	132	<i>doxycycline hyclate</i>	39, 155
<i>desonide</i>	158	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	63	<i>doxycycline monohydrate</i>	39
<i>desoximetasone</i>	158	DILANTIN.....	47	DRIZALMA SPRINKLE.....	52
<i>desvenlafaxine er</i>	52	DILANTIN-125.....	47	<i>dronabinol</i>	58
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	52	DILT-XR.....	136	<i>drospirenone-eth estro-levomef</i>	193
<i>dexamethasone</i>	183	<i>diltiazem 12hr er</i>	136	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	193
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	234	<i>diltiazem 24hr er</i>	136	<i>droxidopa</i>	129
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	147	<i>diltiazem 24hr er (cd)</i>	136	DUAVEE.....	204
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	147, 148	<i>diltiazem 24hr er (xr)</i>	136	<i>duloxetine hcl</i>	52
<i>dextroamphetamine-amphet er</i>	148	<i>diltiazem hcl</i>	136	DUPIXENT PEN.....	214
<i>dextroamphetamine-amphetamine</i>	147, 148	<i>dimethyl fumarate</i>	153	DUPIXENT SYRINGE.....	214
<i>dextrose 10%-0.2% nacl</i>	167	<i>diphenoxylate-atropine</i>	172	<i>dutasteride</i>	181
<i>dextrose 10%-0.45% nacl</i>	167	<i>dipyridamole</i>	128	DUVYZAT.....	176
<i>dextrose 2.5%-0.45% nacl</i>	167	<i>disopyramide phosphate</i>	132	DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES.....	143
<i>dextrose 5%-0.2% nacl</i>	168	<i>disulfiram</i>	27	DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS.....	143
<i>dextrose 5%-0.225% nacl</i>	168	DIURETICS, LOOP.....	141	DYSLIPIDEMICS, OTHER.....	144
<i>dextrose 5%-0.45% nacl</i>	168	DIURETICS, POTASSIUM-SPARING.....	142		
<i>dextrose 5%-0.9% nacl</i>	168	DIURETICS, THIAZIDE.....	142	E	
<i>dextrose in water</i>	168	DIURIL.....	142	<i>ec-naproxen</i>	23
DIACOMIT.....	40	<i>divalproex sodium</i>	40	<i>econazole nitrate</i>	163
<i>diazepam</i>	44, 110	<i>divalproex sodium er</i>	41	EDURANT.....	103
<i>diazoxide</i>	116	<i>dofetilide</i>	132	EDURANT PED.....	104
<i>diclofenac epolamine</i>	22	DOJOLVI.....	166	<i>efavirenz</i>	104
<i>diclofenac potassium</i>	22	DOLISHALE.....	193	<i>efavirenz-emtricitenofovir disop</i>	104
<i>diclofenac sodium</i>	22, 160, 234	<i>donepezil hcl</i>	49	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disop</i>	104
<i>diclofenac sodium er</i>	22	<i>donepezil hcl odt</i>	49	EGRIFTA SV.....	185
		DOPAMINE AGONISTS.....	89		
		DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS.....	90		
		DOPTelet.....	128		
		<i>dorzolamide hcl</i>	236		

ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENTS.....	163	ENGERIX-B PEDIATRIC-ADOLESCENT.....	224	ESTRING.....	190
ELECTROLYTE/MINERAL/METALS/VITAMINS.....	166	ENILLORING.....	193	ESTROGENS.....	188
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	163	<i>enoxaparin sodium</i>	122	<i>eszopiclone</i>	249
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	167	ENPRESSE.....	193	<i>ethambutol hcl</i>	65
ELIGARD.....	207	ENSKYCE.....	193	<i>ethosuximide</i>	43
ELIGARD 22.5 MG SYRINGE.....	207	ENSPRYNG.....	153	<i>ethynodiol-ethinyl estradiol</i>	193
ELIGARD 30 MG SYRINGE.....	207	<i>entacapone</i>	89	<i>etodolac</i>	23
ELIGARD 45 MG SYRINGE.....	207	<i>entecavir</i>	101	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	193
ELIGARD 7.5 MG SYRINGE.....	207	ENULOSE.....	171	<i>estradiol</i>	193
ELIQUIS.....	121	EPCLUSA.....	101,102	<i>etravirine</i>	104
ELMIRON.....	182	EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION.....	41	EULEXIN.....	67
<i>eltrombopag olamine</i>	124,125	<i>epinephrine</i>	240	<i>everolimus</i>	73,219
ELURYNG.....	193	<i>epplerenone</i>	145	EVOTAZ.....	107
ELYXYB.....	62	EPOGEN.....	125	<i>exemestane</i>	71
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS.....	58	ERAXIS.....	59	EYSUVIS.....	234
EMGALITY 300 MG (100 MG X 3 SYRINGE).....	63	ERGOT ALKALOIDS.....	63	<i>ezetimibe</i>	144
EMGALITY PEN.....	62	ERIVEDGE.....	73	F	
EMGALITY SYRINGE.....	63	ERLEADA.....	67	FABHALTA.....	212
EMPAVELI.....	212	<i>erlotinib hcl</i>	73	FALMINA.....	193
EMSAM.....	51	ERMEZA.....	204	<i>famciclovir</i>	108,109
<i>emtricitabine</i>	105	ERRIN.....	203	<i>famotidine</i>	174
<i>emtricitabine-rilpivirine-tenofovir disop</i>	104	<i>ertapenem</i>	36	FANAPT.....	94,95
<i>emtricitabine-tenofovir disop</i>	105	ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	37	FARXIGA.....	112
EMTRIVA.....	105	<i>erythromycin</i>	38,163,233	FASENRA.....	246
<i>enalapril maleate</i>	130	<i>erythromycin-benzoyl peroxide</i>	156	FASENRA PEN.....	246
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	139	ERZOFRI.....	94	FEIRZA.....	194
ENBREL.....	219	<i>escitalopram oxalate</i>	52,53	<i>felbamate</i>	41
ENBREL MINI.....	219	<i>eslicarbazepine acetate</i>	47	<i>felodipine er</i>	135
ENBREL SURECLICK.....	219	<i>esomeprazole magnesium</i>	175	FEMLYV.....	194
ENDOCET.....	21	ESTARYLLA.....	193	FEMRING.....	190
ENGERIX-B ADULT.....	224	ESTRACE.....	189	<i>fenofibrate</i>	143
		<i>estradiol</i>	189	<i>fenofibric acid</i>	143
		<i>estradiol (once weekly)</i>	189	<i>fentanyl</i>	24
		<i>estradiol (twice weekly)</i>	189	FERRIPROX.....	166
		<i>estradiol valerate</i>	189	<i>fesoterodine fumarate er</i>	180
		<i>estradiol-norethindrone acetat</i>	193	FETZIMA.....	53
				FIBROMYALGIA AGENTS.....	152
				FILSPARI.....	139
				FILSUVEZ.....	160
				<i>finasteride</i>	182

<i>fingolimod</i>	153	<i>furosemide</i>	142	GENETIC, ENZYME, OR
FINTEPLA.....	41	FYAVOLV.....	194	PROTEIN DISORDER:
FINZALA.....	194	FYCOMPA.....	41	REPLACEMENT, MODIFIERS,
FIRMAGON.....	208	FYLNETRA.....	125	TREATMENT.....
FLAREX.....	234			GENETIC, ENZYME, OR
<i>flavoxate hcl</i>	180	G		PROTEIN DISORDER:
<i>flecainide acetate</i>	132	<i>gabapentin</i>	44	REPLACEMENT, MODIFIERS,
<i>fluconazole</i>	59	GALAFOLD.....	176	TREATMENT.....
<i>fluconazole in saline</i>	59	<i>galantamine er</i>	49	GENGRAF.....
<i>fluconazole-nacl</i>	59	<i>galantamine hbr</i>	49	GENITOURINARY
<i>flucytosine</i>	59	<i>galantamine hydrobromide</i>	49	AGENTS.....
<i>fludrocortisone acetate</i>	183	GALBRIELA.....	194	GENITOURINARY AGENTS,
<i>flunisolide</i>	237	GALLIFREY.....	203	OTHER.....
<i>fluocinolone acetonide</i>	158	GAMMA-AMINO BUTYRIC		GENOTROPIN.....
<i>fluocinolone acetonide oil</i>	237	ACID (GABA) MODULATING		<i>gentamicin sulfate</i>
<i>fluocinonide</i>	158	AGENTS.....	43	<i>gentamicin sulfate in ns</i>
<i>fluocinonide-e</i>	159	GAMMAGARD LIQUID.....	211	GENVOYA.....
<i>fluoride</i>	163	GAMMAGARD S-D.....	211	GILENYA.....
<i>fluorometholone</i>	234	GAMMAKED.....	211	GILOTRIF.....
<i>fluorouracil</i>	160,161	GAMMAPLEX.....	211	GIMOTI.....
<i>fluoxetine hcl</i>	53	GAMUNEX-C.....	211	GLASSIA.....
<i>fluphenazine decanoate</i>	91	GARDASIL 9.....	224	<i>glatiramer acetate</i>
<i>fluphenazine hcl</i>	91	GASTROINTESTINAL		GLATOPA.....
<i>flurbiprofen sodium</i>	234	AGENTS.....	171	GLEOSTINE.....
<i>fluticasone</i>		GASTROINTESTINAL		<i>glimepiride</i>
<i>propionate</i>	159,237,238	AGENTS, OTHER.....	173	<i>glipizide</i>
<i>fluticasone propionate hfa</i>	246	<i>gatifloxacin</i>	233	<i>glipizide er</i>
<i>fluticasone-salmeterol</i>	247	GATTEX 5 MG INJECTION.....	173	<i>glipizide xl</i>
<i>fluticasone-salmeterol hfa</i>	247	<i>gauze pads & dressings - pads</i>		<i>glipizide-metformin</i>
<i>fluvoxamine maleate</i>	53	<i>2 x 2</i>	250	GLOPERBA.....
FML FORTE.....	234	GAVILYTE-C.....	173	GLUCAGON 1 MG
<i>fondaparinux sodium</i>	122	GAVILYTE-G.....	173	EMERGENCY KIT.....
<i>fosamprenavir calcium</i>	107	GAVILYTE-N.....	173	GLUCOCORTICOIDS.....
<i>fosfomycin tromethamine</i>	30	GAVRETO.....	74	<i>glucose 5%-0.9% nacl</i>
<i>fosinopril sodium</i>	130	<i>gefitinib</i>	74	<i>glucose in water</i>
<i>fosinopril-</i>		<i>gemfibrozil</i>	143	<i>glyburide</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	139	GEMMILY.....	194	<i>glyburide-metformin hcl</i>
FOTIVDA.....	74	GEMTESA.....	180	GLYCEMIC AGENTS.....
FRAGMIN.....	122,123	GENERLAC.....	171	<i>glycopyrrolate</i>
FRUZAQLA.....	74			GOLYTELY.....
FULPHILA.....	125			GOMEKLI.....

<i>granisetron hcl</i>	58	HORMONAL AGENTS,	HUMALOG MIX 50-50
GRANIX.....	125	STIMULANT/REPLACEMENT/	KWIKPEN.....
GRASTEK.....	212	MODIFYING (ADRENAL)...	118
<i>griseofulvin</i>	60	HORMONAL AGENTS,	HUMALOG MIX 75-25.....
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> ...	60	STIMULANT/REPLACEMENT/	KWIKPEN.....
<i>guanfacine hcl</i>	129	MODIFYING (PITUITARY)...	185
<i>guanfacine hcl er</i>	149	HORMONAL AGENTS,	HUMATROPE.....
GVOKE.....	116	STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMIRA.....
GVOKE HYPOPEN 1- PACK.....	117	MODIFYING (PITUITARY)...	185
GVOKE HYPOPEN 2- PACK.....	117	HORMONAL AGENTS,	HUMIRA PEN.....
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	117	STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMIRA(CF).....
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	117	MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)...	220
		HORMONAL AGENTS,	HUMIRA(CF) PEN.....
		STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMIRA(CF) PEN CROHN'S- UC-HS.....
		MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)...	220
		HORMONAL AGENTS,	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV- ADOL HS.....
		STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMULIN 70-30.....
		MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS),	HUMULIN 70/30 KWIKPEN
		OTHER.....	118
		HORMONAL AGENTS,	HUMULIN N.....
HAEGARDA.....	210	STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMULIN N KWIKPEN....
HAILEY 24 FE.....	194	MODIFYING (THYROID)...	119
<i>halobetasol propionate</i>	159	HORMONAL AGENTS,	HUMULIN R.....
HALOETTE.....	194	STIMULANT/REPLACEMENT/	<i>hydralazine hcl</i>
<i>haloperidol</i>	91	MODIFYING (THYROID)...	146
<i>haloperidol decanoate</i>	91	HORMONAL AGENTS,	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>haloperidol decanoate 100</i> ...	91	STIMULANT/REPLACEMENT/	<i>hydrocodone-</i>
<i>haloperidol lactate</i>	91	MODIFYING (THYROID)...	<i>acetaminophen</i>
HAVRIX.....	224	HORMONAL AGENTS,	21
HEATHER.....	203	STIMULANT/REPLACEMENT/	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>
HEMADY.....	86	MODIFYING (THYROID)...	10-325mg.....
HEMOSTASIS AGENTS...127		HORMONAL AGENTS,	21
<i>heparin sodium</i>	123	SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>
HEPLISAV-B.....	224	207	5-325mg.....
HERNEXEOS.....	74	HORMONAL AGENTS,	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>
HIBERIX VACCINE.....	224	SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	21
HISTAMINE-2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS.....	174	207	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/ MODIFYING (ADRENAL)...	183	HORMONAL AGENTS,	7.5-325mg.....
		SUPPRESSANT	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>
		(THYROID).....	22
		HUMALOG.....	<i>hydrocortisone</i>
		HUMALOG JUNIOR	159,228
		KWIKPEN.....	<i>hydrocortisone butyrate</i>
		HUMALOG KWIKPEN U- 100.....	159
		200.....	<i>hydrocortisone valerate</i>
		118	159
		HUMALOG KWIKPEN U- 200.....	118
		118	<i>hydromorphone hcl</i>
		118	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> ..
		118	87
		118	<i>hydroxyurea</i>
		118	69
		118	<i>hydroxyzine 2 mg/ml oral</i>
		118	<i>solution</i>
		118	110
		118	<i>hydroxyzine hcl</i>
		118	110
		118	<i>hydroxyzine pamoate</i>
		118	110
		118	HYFTOR.....
		118	221

	INGREZZA INITIATION	IQIRVO.....	173
	PK(TARDIV).....	<i>irbesartan</i>	129
<i>ibandronate sodium</i>	INGREZZA SPRINKLE.....	<i>irbesartan-</i>	
IBRANCE.....	INLYTA.....	<i>hydrochlorothiazide</i>	140
IBTROZI.....	INQOVI.....	ISENTRESS.....	103
IBU.....	INREBIC.....	ISENTRESS HD.....	103
<i>ibuprofen</i>	<i>insulin aspart</i>	ISIBLOOM.....	195
<i>icatibant</i>	<i>insulin aspart flexpen</i>	ISOLYTE P WITH	
ICLEVIA.....	<i>insulin aspart penfill</i>	DEXTROSE.....	168
ICLUSIG.....	<i>insulin aspart prot mix 70-</i>	ISOLYTE S.....	164
<i>icosapent ethyl</i>	30.....	<i>isoniazid</i>	65
IDHIFA.....	<i>insulin glargine max</i>	<i>isopropyl alcohol 0.7ml/ml</i>	
ILUMYA.....	<i>solostar</i>	<i>medicated pad</i>	250
<i>imatinib mesylate</i>	<i>insulin glargine solostar</i>	<i>isosorbide dinitrate</i>	146
IMBRUVICA.....	<i>insulin glargine-yfgn</i>	<i>isosorbide mononit er 60 mg</i>	
<i>imipenem-cilastatin sodium</i> ..	<i>insulin lispro</i>	<i>tb</i>	146
<i>imipramine hcl</i>	<i>insulin lispro junior kwikpen</i> .	<i>isosorbide mononitrate er.</i>	146
<i>imiquimod</i>	<i>insulin lispro kwikpen u-100</i> .	<i>isotretinoin</i>	156
IMKELDI.....	<i>insulin lispro protamine mix</i> .	ISTURISA.....	186
IMMUNOGLOBULINS.....	<i>insulin pen needle</i>	ITOVEBI.....	76
IMMUNOLOGICAL	<i>insulin syringe (disp) u-100 0.3</i>	<i>itraconazole</i>	60
AGENTS.....	<i>ml</i>	<i>ivabradine hcl</i>	140
IMMUNOLOGICAL	<i>insulin syringe (disp) u-100 1/2</i>	<i>ivermectin</i>	87
AGENTS.....	<i>ml</i>	IWILFIN.....	69
IMMUNOLOGICAL AGENTS,	<i>insulin syringe (disp) u-100</i>	IXIARO VACCINE.....	225
OTHER.....	<i>1ml</i>		
IMMUNOSTIMULANTS.....	INSULINS.....		
IMMUNOSUPPRESSANTS.....	INTELENCE.....		
IMOVAX RABIES	INTRALIPID.....		
VACCINE.....	INTRAROSA.....		
IMPAVIDO.....	INTROVALE.....		
IMVEXXY.....	INVEGA HAFYERA.....		
INCASSIA.....	INVEGA SUSTENNA.....		
INCRELEX.....	INVEGA TRINZA.....		
INCRUSE ELLIPTA.....	INVOKAMET.....		
<i>indapamide</i>	INVOKAMET XR.....		
<i>indomethacin</i>	INVOKANA.....		
INFANRIX DTAP VACCINE.....	IOPIDINE.....		
INFLAMMATORY BOWEL	IPOL.....		
DISEASE AGENTS.....	<i>ipratropium bromide</i>		
INGREZZA.....	<i>ipratropium-albuterol</i>		

JOYEAUX.....	195	KURVELO.....	196	<i>levobunolol hcl</i>	235
JULEBER.....	195	KYLEENA.....	196	<i>levocarnitine</i>	169
JULUCA.....	103			<i>levocetirizine</i>	
JUNEL.....	195	L		<i>dihydrochloride</i>	238
JUNEL FE.....	195	<i>l-glutamine</i>	177	<i>levofloxacin</i>	38
JUNEL FE 24.....	195	<i>labetalol hcl</i>	133	<i>levofloxacin-d5w</i>	38
JUXTAPID.....	144	<i>lacosamide</i>	47	LEVONEST.....	196
JYLAMVO.....	221	<i>lactulose</i>	171	<i>levonorg-eth estrad eth</i>	
JYNARQUE.....	166	<i>lamivudine</i>	105	<i>estradiol</i>	196
JYNNEOS VACCINE.....	225	<i>lamivudine 100 mg tablet</i>	101	<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>	196
		<i>lamivudine-zidovudine</i>	105	LEVORA-28.....	196
		<i>lamotrigine</i>	41	<i>levorphanol tartrate</i>	24
KAITLIB FE.....	195	<i>lamotrigine (blue)</i>	41	<i>levothyroxine sodium</i>	205
KALETRA.....	107	<i>lamotrigine (green)</i>	41	LEVOXYL.....	205
KALYDECO.....	241	<i>lamotrigine (orange)</i>	41	<i>lidocaine</i>	26
KARIVA.....	196	<i>lansoprazol-amoxicil-</i>		<i>lidocaine hcl</i>	26
<i>kcl-d5w-0.2% nacl</i>	168	<i>clarithro</i>	173	<i>lidocaine hcl viscous</i>	26
<i>kcl-d5w-0.225% nacl</i>	169	<i>lansoprazole</i>	175	<i>lidocaine-prilocaine</i>	26
<i>kcl-d5w-0.45% nacl</i>	169	LANTUS.....	119	LILETTA.....	197
<i>kcl-d5w-0.9% nacl</i>	169	LANTUS SOLOSTAR.....	120	<i>linezolid</i>	30
KELNOR 1-35.....	196	<i>lapatinib</i>	77	<i>linezolid-d5w</i>	30
KERENDIA.....	145	LARIN.....	196	LINZESS.....	171
<i>ketoconazole</i>	60	LARIN FE.....	196	<i>liothyronine sodium</i>	205
<i>ketorolac tromethamine</i>	234	<i>latanoprost</i>	236	<i>lisinopril</i>	130,131
KEVEYIS.....	177	LAZCLUZE.....	77	<i>lisinopril-</i>	
KEVZARA.....	214	<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>	102	<i>hydrochlorothiazide</i>	140
KINERET.....	214	<i>leflunomide</i>	221	LITFULO.....	214
KINRIX VACCINE.....	225	<i>lenalidomide</i>	67	<i>lithium carbonate</i>	111
KIONEX.....	170	LENVIMA.....	77	<i>lithium carbonate er</i>	111
KISQALI.....	76,77	LESSINA.....	196	<i>lithium citrate</i>	111
KISQALI FEMARA CO-		<i>letrozole</i>	71	LITHOSTAT.....	182
PACK.....	69	<i>leucovorin calcium</i>	86	LIVTENCITY.....	100
KLAYESTA.....	60	LEUKERAN.....	66	LO LOESTRIN FE.....	197
KLOR-CON 10.....	164	LEUKINE.....	218	LOCAL ANESTHETICS.....	26
KLOR-CON 8.....	164	<i>leuprolide acetate</i>	208	LOESTRIN.....	197
KLOXXADO.....	28	<i>leuprolide depot</i>	208	LOESTRIN FE.....	197
KOSELUGO.....	77	<i>levabuterol concentrate</i>	240	<i>lofexidine hcl</i>	27
KOURZEQ.....	155	<i>levabuterol hcl</i>	240	LOJAIMIESS.....	197
KRAZATI.....	77	<i>levabuterol tartrate hfa</i>	240	LOKELMA.....	170
KRINTAFEL.....	87	<i>levetiracetam</i>	41	LONSURF.....	69
KRISTALOSE.....	171	<i>levetiracetam er</i>	42	<i>loperamide</i>	172

<i>lopinavir-ritonavir</i>	107	MARPLAN.....	51	<i>methotrexate</i>	221
<i>lorazepam</i>	111	MAST CELL STABILIZERS	242	<i>methotrexate sodium</i>	221
LORAZEPAM INTENSOL..	111	MATULANE.....	66	<i>methoxsalen</i>	161
LORBRENA.....	77,78	MAVENCLAD.....	153	<i>methsuximide</i>	43
LORYNA.....	197	MAVYRET.....	102	<i>methylphenidate</i>	149
<i>losartan potassium</i>	130	MAYZENT.....	153,154	<i>methylphenidate er</i>	149
<i>losartan-</i>		<i>meclizine hcl</i>	57	<i>methylphenidate er (la)</i>	149
<i>hydrochlorothiazide</i>	140	<i>medroxyprogesterone</i>		<i>methylphenidate hcl</i>	149
LOTEMAX.....	234	<i>acetate</i>	203	<i>methylphenidate hcl cd</i>	150
<i>loteprednol etabonate</i>	234	<i>mefloquine hcl</i>	87	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	150
<i>lovastatin</i>	143	<i>megestrol acetate</i>	203	<i>methylphenidate la</i>	150
LOW-OGESTREL.....	197	<i>megestrol acetate 40mg/ml oral</i>		<i>methylphenidate sr</i>	150
<i>loxapine</i>	92	<i>suspension</i>	203	<i>methylprednisolone</i>	184
<i>lubiprostone</i>	171	MEKINIST.....	78	<i>methyltestosterone</i>	187
LUMAKRAS.....	78	MEKTOVI.....	78	<i>metoclopramide hcl</i>	57
LUMIGAN.....	236	MELEYA.....	203	<i>metolazone</i>	143
LUPKYNIS.....	221	<i>meloxicam</i>	23	<i>metoprolol succinate</i>	134
LUPRON DEPOT.....	208	<i>memantine hcl</i>	49,50	<i>metoprolol tartrate</i>	134
LUPRON DEPOT		<i>memantine hcl er</i>	50	<i>metoprolol-</i>	
(LUPANETA).....	208	MENOSTAR.....	190	<i>hydrochlorothiazide</i>	140
LUPRON DEPOT-PED.....	208	MENQUADFI.....	225	<i>metronidazole</i>	31
<i>lurasidone hcl</i>	96	MENVEO VACCINE.....	225	<i>metyrosine</i>	140
LUTERA.....	197	<i>meperidine hcl</i>	25	<i>mexiletine hcl</i>	132
LYBALVI.....	96	<i>meprobamate</i>	110	MIBELAS 24 FE.....	197
LYLEQ.....	203	<i>mercaptopurine</i>	68	<i>micafungin</i>	60
LYLLANA.....	190	<i>meropenem</i>	37	<i>miconazole 3</i>	60
LYNPARZA.....	78	MERZEE.....	197	MICROGESTIN.....	197
LYSODREN.....	70	<i>mesalamine</i>	227	MICROGESTIN FE.....	198
LYTGOBI.....	78	<i>mesalamine dr</i>	227	<i>midodrine hcl</i>	129
LYUMJEV.....	120	<i>mesalamine er</i>	227	<i>mifepristone</i>	208
LYUMJEV KWIKPEN U-100120		<i>mesna</i>	86	MIGERGOT.....	63
LYUMJEV KWIKPEN U-200120		METABOLIC BONE DISEASE		<i>miglustat</i>	177
LYZA.....	203	AGENTS.....	228	MILI.....	198
		METABOLIC BONE DISEASE		MIMVEY.....	198
		AGENTS.....	228	MINERALOCORTICOID	
M		<i>metformin hcl</i>	114	RECEPTOR	
M-M-R II VACCINE.....	225	<i>metformin hcl er</i>	114	ANTAGONISTS.....	145
MACROLIDES.....	37	<i>methadone hcl</i>	24	<i>minocycline hcl</i>	40
<i>magnesium sulfate</i>	164,169	<i>methazolamide</i>	236	<i>minoxidil</i>	146
<i>malathion</i>	162	<i>methimazole</i>	210	MINZOYA.....	198
<i>maraviroc</i>	106	<i>methocarbamol</i>	248	MIPLYFFA.....	177
MARLISSA.....	197				

<i>norgestimate-ethinyl</i>	ODOMZO	79	OPIOID ANALGESICS,
<i>estradiol</i>	OFEV	245	SHORT-ACTING
NORTREL	<i>ofloxacin</i>	38,233,237	OPIOID DEPENDENCE
<i>nortriptyline hcl</i>	OGSIVEO	70	OPIOID REVERSAL
NORVIR	OJEMDA	79	AGENTS
NOURIANZ	OJJAARA	79	OPIPZA
NOVOLIN 70-30	<i>olanzapine</i>	96	OPSUMIT
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN	<i>olanzapine odt</i>	96	OPSYNVI
NOVOLIN N	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	51	OPVEE
NOVOLIN N FLEXPEN	<i>olmesartan medoxomil</i>	130	ORAPRED ODT
NOVOLIN R	<i>olmesartan-</i>		ORENCIA
NOVOLIN R FLEXPEN	<i>hydrochlorothiazide</i>	140	ORENCIA CLICKJECT
NOVOLOG	OLUMIANT	215	ORENITRAM ER
NOVOLOG FLEXPEN	<i>omega-3 acid ethyl esters</i>	145	ORENITRAM MONTH 1
NOVOLOG MIX 70-30	<i>omeprazole</i>	175	TITRATION KT
NOVOLOG MIX 70-30	OMNITROPE	186	ORENITRAM MONTH 2
FLEXPEN	OMVOH	215	TITRATION KT
NOVOLOG PENFILL	OMVOH PEN	215	ORENITRAM MONTH 3
NUBEQA	ONAPGO	89	TITRATION KT
NUCALA	<i>ondansetron hcl</i>	58	ORGOVYX
NUEDEXTA	<i>ondansetron odt</i>	58	ORIAHNN
NUPLAZID	ONGENTYS	89	ORKAMBI
NURTEC ODT	ONUREG	68	ORLADEYO
NUTRILIPID	OPHTHALMIC AGENTS	231	ORMALVI
NUTROPIN AQ NUSPIN	OPHTHALMIC AGENTS,		<i>orphenadrine citrate er</i>
NUVARING	OTHER	231	ORQUIDEA
NYAMYC	OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY		ORSERDU
NYLIA	AGENTS	232	<i>oseltamivir phosphate</i>
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL	OPHTHALMIC ANTI-		OTEZLA
SOLUTION	INFECTIVES	232	OTIC AGENTS
<i>nystatin</i>	OPHTHALMIC ANTI-		OTIC AGENTS
<i>nystatin-triamcinolone</i>	INFLAMMATORIES	233	<i>oxacillin</i>
NYSTOP	OPHTHALMIC BETA-		<i>oxacillin sodium</i>
NYVEPRIA	ADRENERGIC BLOCKING		<i>oxazepam</i>
	AGENTS	235	<i>oxcarbazepine</i>
	OPHTHALMIC INTRAOCULAR		OXERVATE
OCELLA	PRESSURE LOWERING		<i>oxiconazole nitrate</i>
OCTAGAM	AGENTS, OTHER	235	OXISTAT
<i>octreotide acetate</i>	OPIOID ANALGESICS, LONG-		<i>oxybutynin chloride</i>
ODACTRA	ACTING	24	<i>oxybutynin chloride er</i>
ODEFSEY			<i>oxycodone hcl</i>

<i>oxycodone-acetaminophen</i>	22	<i>pentoxifylline</i>	140	<i>polymyxin b sul-</i>	
<i>oxymorphone hcl</i>	26	<i>perampanel</i>	42	<i>trimethoprim</i>	233
<i>oxymorphone hcl er</i>	25	<i>perindopril erbumine</i>	131	<i>polymyxin b sulfate</i>	31
OZEMPIC	115	<i>permethrin</i>	162	POMALYST	68
P		<i>perphenazine</i>	92	PONVORY	154
<i>paliperidone er</i>	97	<i>perphenazine-amitriptyline</i>	51	PORTIA	199
PALYNZIQ	177	PERSERIS	97	<i>posaconazole</i>	61
PANCREAZE	177	PERSERIS ER 90 MG		POTASSIUM BINDERS	170
PANRETIN	86	SYRINGE KIT	97	<i>potassium chloride</i>	164
<i>pantoprazole sodium</i>	175	PERTZYE	178	<i>potassium chloride in d5lr</i>	168
PANZYGA	212	<i>phenelzine sulfate</i>	51	<i>potassium chloride proamp</i>	165
PARASYMPATHOMIMETICS . 6		<i>phenobarbital</i>	45	<i>potassium chloride-0.45%</i>	
4		<i>phenoxybenzamine hcl</i>	129	<i>nacl</i>	165
<i>paricalcitol</i>	229	PHENYTEK	47	<i>potassium chloride-0.9%</i>	
<i>paroxetine hcl</i>	54	<i>phenytoin</i>	48	<i>nacl</i>	165
PAXLOVID	109	<i>phenytoin sodium extended</i>	48	<i>potassium chloride-dextrose</i>	
<i>pazopanib hcl</i>	79	PHOSPHODIESTERASE		5%	168
PEDIARIX	225	INHIBITORS, AIRWAYS		<i>potassium chloride-water</i>	165
PEDICULICIDES/SCABICIDES		DISEASE	242	<i>potassium citrate er</i>	165
162		PIFELTRO	104	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	89
PEDVAXHIB	225	<i>pilocarpine hcl</i>	155,231,236	<i>prasugrel hcl</i>	128
<i>peg 3350-electrolyte</i>	173	<i>pimecrolimus</i>	159	<i>pravastatin sodium</i>	143
<i>peg-3350 and electrolytes</i>	173	<i>pimozide</i>	92	<i>praziquantel</i>	87
<i>peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-</i>		PIMTREA	199	<i>prazosin hcl</i>	129
<i>c</i>	174	<i>pindolol</i>	134	PRED MILD	235
PEGASYS	218	<i>pioglitazone hcl</i>	115	<i>prednisolone</i>	184
PEMAZYRE	80	<i>piperacillin-tazobactam</i>	36	<i>prednisolone acetate</i>	235
PENBRAYA VACCINE	225	PIQRAY	80	<i>prednisolone sodium</i>	
<i>penciclovir</i>	109	<i>pirfenidone</i>	245	<i>phosphate</i>	184
<i>penicillamine</i>	182	<i>piroxicam</i>	23	<i>prednisone</i>	184
<i>penicillin g potassium</i>	36	PLASMA-LYTE A	164	PREDNISONE INTENSOL	184
<i>penicillin g sodium</i>	36	PLASMA-LYTE A PH 7.4	164	<i>pregabalin</i>	45
<i>penicillin gk-iso-osm</i>		PLATELET MODIFYING		<i>pregabalin er</i>	151
<i>dextrose</i>	36	AGENTS	127	PREMARIN	190
<i>penicillin v potassium</i>	36	PLEGRIDY	154	PREMASOL	169
PENMENVY MEN A-B-C-W-		PLEGRIDY PEN	154	PREMPHASE	199
Y	225	PLENAMINE	178	PREMPRO	200
PENTACEL VACCINE	225	<i>pmdd fluoxetine 10mg tablet</i>	54	<i>prenatal vitamin with minerals</i>	
<i>pentamidine isethionate</i>	88	<i>pmdd fluoxetine 20mg tablet</i>	54	<i>and folic acid greater than 0.8</i>	
PENTASA	228	<i>podofilox</i>	161	<i>mg oral tablet</i>	170
		POLYCIN	233	PREVALITE	145

PREVYMIS.....	101	<i>pyridostigmine bromide</i>	64	RELEUKO.....	126
PREZCOBIX.....	107	<i>pyridostigmine bromide er</i>	64	RELISTOR.....	172
PREZISTA.....	107	<i>pyrimethamine</i>	88	<i>repaglinide</i>	115
PRIFTIN.....	65	PYRUKYND.....	178	REPATHA SURECLICK.....	145
<i>primaquine</i>	88	PYRUKYND 20 MG		REPATHA SYRINGE.....	145
<i>primidone</i>	45	TABLET.....	178	RESPIRATORY TRACT	
PRIORIX.....	225	PYRUKYND 5 MG TABLET	178	AGENTS, OTHER.....	245
PRIVIGEN.....	212	PYRUKYND 50 MG		RESPIRATORY	
<i>probenecid</i>	62	TABLET.....	178	TRACT/PULMONARY	
<i>probenecid-colchicine</i>	62			AGENTS.....	237
<i>prochlorperazine</i>	57	Q		RETACRIT.....	126
<i>prochlorperazine maleate</i>	57	QBREXZA.....	161	RETEVMO.....	80
PROCRIT.....	126	QINLOCK.....	80	RETINOIDS.....	86
PROCTO-MED HC.....	159	QUADRACEL DTAP-IPV.....	225	REVCIVI.....	178
PROCTOSOL-HC.....	159	<i>quetiapine fumarate</i>	97	REVUFORJ.....	70
PROCTOZONE-HC.....	159	<i>quetiapine fumarate er</i>	97	REXULTI.....	97
<i>progesterone</i>	204	<i>quinapril hcl</i>	131	REYATAZ.....	107
PROGESTINS.....	202	<i>quinidine gluconate</i>	132	REZDIFFRA.....	206
PROGRAF.....	222	<i>quinidine sulfate</i>	132	REZLIDHIA.....	80
PROLASTIN C.....	178	<i>quinine sulfate</i>	88	REZUROCK.....	212
PROLIA.....	229	QUINOLONES.....	38	RHOPRESSA.....	236
<i>promethazine hcl</i>	57	QVAR REDIHALER.....	238	<i>ribavirin</i>	102
PROMETHEGAN.....	58			<i>rifabutin</i>	65
<i>propafenone hcl</i>	132	R		<i>rifampin</i>	65
<i>propafenone hcl er</i>	132	RABAVERT VACCINE.....	226	<i>riluzole</i>	147
<i>propranolol hcl</i>	134	<i>rabeprazole sodium</i>	175	<i>rimantadine hcl</i>	108
<i>propranolol hcl er</i>	134	RADICAVA ORS.....	147	RINVOQ.....	215
<i>propylthiouracil</i>	210	RALDESY.....	54	RINVOQ LQ.....	215
PROQUAD.....	225	<i>raloxifene hcl</i>	204	<i>risedronate sodium</i>	229,230
PROSOL.....	170	<i>ramelteon</i>	249	<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	
PROTECTANTS.....	174	<i>ramipril</i>	131	(dose pack of 12).....	230
PROTON PUMP		<i>ranolazine er</i>	140	<i>risperidone</i>	98
INHIBITORS.....	175	<i>rasagiline mesylate</i>	90	<i>risperidone er</i>	98
<i>protriptyline hcl</i>	56	RAVICTI.....	178	<i>risperidone odt</i>	98
PRURADIK.....	162	RAYALDEE.....	229	<i>ritonavir</i>	107
PULMONARY		REBIF.....	154	<i>rivaroxaban</i>	123
ANTIHYPERTENSIVES.....	243	REBIF REBIDOSE.....	154	<i>rivastigmine</i>	49
PULMONARY FIBROSIS		RECLIPSEN.....	200	RIVELSA.....	200
AGENTS.....	245	RECOMBIVAX HB.....	226	RIVFLOZA.....	178,179
PULMOZYME.....	241	RECORLEV.....	209	<i>rizatriptan</i>	63
<i>pyrazinamide</i>	65	RELENZA.....	108	<i>roflumilast</i>	242

ROMVIMZA.....	80	<i>sildenafil citrate</i>	244	<i>sodium polystyrene</i>	
<i>ropinirole hcl</i>	90	SILIQ.....	215	<i>sulfonate</i>	170
<i>rosuvastatin calcium</i>	143	SILVADENE.....	161	<i>sodium sulfacetamide</i>	39
ROSYRAH.....	200	<i>silver sulfadiazine</i>	161	<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>	102
ROTARIX.....	226	SIMLANDI(CF).....	222	SOGROYA.....	187
ROTATEQ.....	226	SIMLANDI(CF)		SOHONOS.....	230
ROZLYTREK.....	80,81	AUTOINJECTOR.....	222	<i>solifenacin succinate</i>	181
RUBRACA.....	81	SIMPONI.....	222	SOLOSEC.....	31
<i>rufinamide</i>	48	<i>simvastatin</i>	144	SOLTAMOX.....	68
RUKOBIA.....	106	<i>sirolimus</i>	223	SOMAVERT.....	209
RYBELSUS.....	115	SIRTURO.....	66	<i>sorafenib</i>	81
RYDAPT.....	81	SIVEXTRO.....	31	<i>sotalol</i>	133
		SKELETAL MUSCLE		SOTALOL AF.....	133
		RELAXANTS.....	248	SOTYKTU.....	216
S		SKELETAL MUSCLE		SOVALDI.....	102
<i>sacubitril-valsartan</i>	141	RELAXANTS.....	248	SPIRIVA RESPIMAT.....	239
SAFYRAL.....	200	SKYCLARYS.....	151	<i>spironolactone</i>	145
SAJAZIR.....	210	SKYLA.....	200	<i>spironolactone-hctz</i>	141
SANDIMMUNE.....	222	SKYRIZI.....	216	SPRINTEC.....	200
SANTYL.....	161	SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-		SPRITAM.....	42
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	179	BODY.....	216	SPS.....	170
SAVELLA.....	152	SKYRIZI ON-BODY.....	216	SRONYX.....	200
SCSEMBLIX.....	81	SKYRIZI PEN.....	215	SSD.....	161
<i>scopolamine</i>	58	SKYTROFA.....	186	SSRIS/SNRIS (SELECTIVE	
SECUADO.....	98	SLEEP DISORDER		SEROTONIN REUPTAKE	
SELECTIVE ESTROGEN		AGENTS.....	249	INHIBITOR/SEROTONIN AND	
RECEPTOR MODIFYING		SLEEP PROMOTING		NOREPINEPHRINE	
AGENTS.....	204	AGENTS.....	249	REUPTAKE INHIBITOR)....	52
<i>selegiline hcl</i>	90	SMOKING CESSATION		STELARA.....	216
<i>selenium sulfide</i>	160	AGENTS.....	28	STIMUFEND.....	126
SELZENTRY.....	106	<i>sod sulf-potass sulf-mag</i>		STIOLTO RESPIMAT.....	247
SEREVENT DISKUS.....	240	<i>sulf</i>	174	STIVARGA.....	81
SEROSTIM.....	174,186	SODIUM CHANNEL		<i>streptomycin sulfate</i>	29
SEROTONIN (5-HT)		AGENTS.....	46	STRIBILD.....	103
RECEPTOR AGONISTS.....	63	<i>sodium chloride</i>	165	STRIVERDI RESPIMAT....	240
<i>sertraline hcl</i>	54	<i>sodium chloride-water</i>	166	SUBVENITE.....	42
SETLAKIN.....	200	<i>sodium fluoride 2.2 mg (fluoride</i>		SUBVENITE (BLUE).....	42
SHAROBEL.....	204	<i>ion 1 mg) oral tablet</i>	166	SUBVENITE (GREEN).....	42
SHINGRIX VACCINE.....	226	<i>sodium oxybate</i>	250	SUBVENITE (ORANGE)....	42
SIGNIFOR.....	209	<i>sodium phenylbutyrate</i>	179	<i>sucralfate</i>	174
SIKLOS.....	179			<i>sulfacetamide sodium</i>	39,233
<i>sildenafil</i>	244				

<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	232	TALTZ 80 MG/ML	<i>theophylline anhydrous</i>	242
<i>sulfadiazine</i>	39	SYRINGE	<i>theophylline er</i>	243
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	39	TALTZ SYRINGE	<i>thioridazine hcl</i>	92
SULFAMYLON	163	TALZENNA	<i>thiothixene</i>	92
<i>sulfasalazine</i>	228	<i>tamoxifen citrate</i>	68	THYQUIDITY
<i>sulfasalazine dr</i>	228	<i>tamsulosin hcl</i>	182	TIADYLT ER
SULFONAMIDES	39	TARINA 24 FE	200	<i>tiagabine hcl</i>
<i>sulindac</i>	24	TARINA FE	200	TIBSOVO
<i>sumatriptan</i>	63	TARINA FE 1-20 EQ	200	TICOVAC
<i>sumatriptan succinate</i>	64	TARPEYO	212	<i>tigecycline</i>
<i>sunitinib malate</i>	81	TASCENSO ODT	154	TIGLUTIK 50 MG/10 ML
SUNLENCA	106	TASIGNA	82	SUSP
SUPPLIES	250	<i>tasimelton</i>	249	TILIA FE
SUPPLIES	250	TAVALISSE	128	<i>timolol maleate</i>
SUTAB	172	TAVNEOS	212	<i>tinidazole</i>
SYEDA	200	<i>tazarotene</i>	157	<i>tiopronin</i>
SYMDEKO	241	TAZICEF	34	<i>tiotropium bromide</i>
SYMLINPEN 120	115	TAZVERIK	82	TIROSINT-SOL
SYMLINPEN 60	115	TEFLARO	34	TIVICAY
SYMPAZAN	45	<i>telmisartan</i>	130	TIVICAY PD
SYMTUZA	107	<i>temazepam</i>	249	<i>tizanidine hcl</i>
SYNAREL	209	TENIVAC	226	TOBI PODHALER
SYNJARDY	115	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	101	TOBRADEX
SYNJARDY XR	115,116	TEPMETKO	70	<i>tobramycin</i>
SYNTHROID	206	<i>terazosin hcl</i>	129	<i>tobramycin sulfate</i>
		<i>terbinafine hcl</i>	61	<i>dexamethasone</i>
		<i>terconazole</i>	61	TOBEX
TABLOID	69	<i>teriflunomide</i>	154	<i>tolcapone</i>
TABRECTA	70	<i>teriparatide</i>	230	<i>tolterodine tartrate</i>
<i>tacrolimus</i>	160,223	<i>testosterone</i>	187	<i>tolterodine tartrate er</i>
<i>tadalafil</i>	182	<i>testosterone 10 mg gel pump</i>	188	<i>tolvaptan</i>
<i>tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)</i>	244	<i>testosterone cypionate</i>	188	TOPICAL ANTI- INFECTIVES
TADLIQ	244	<i>testosterone enanthate</i>	188	<i>topiramate</i>
TAFINLAR	82	<i>tetrabenazine</i>	151	<i>toremifene citrate</i>
TAGRISSO	82	<i>tetracycline hcl</i>	40	TORPENZ
TAKHZYRO	210	TETRACYCLINES	39	<i>torseamide</i>
TALTZ 80 MG/ML		THALOMID	68	TPN ELECTROLYTES
AUTOINJECTOR	216	<i>theophylline 80 mg/15ml oral solution</i>	242	TRACLEER
				<i>tramadol hcl</i>

<i>trandolapril</i>	131	<i>trimipramine maleate</i>	56,57	<i>valsartan-</i>	
<i>tranexamic acid</i>	127	TRINTELLIX.....	54	<i>hydrochlorothiazide</i>	141
<i>tranylcypromine sulfate</i>	52	TRIUMEQ.....	105	VALTOCO.....	46
TRAVASOL.....	170	TRIUMEQ PD.....	105	VALTYA.....	201
<i>travoprost</i>	236	TROPHAMINE.....	170	<i>vancomycin hcl</i>	31,32
<i>trazodone hcl</i>	54	<i>tropium chloride</i>	181	VANFLYTA.....	83
TREATMENT ADJUNCTS...	86	<i>tropium chloride er</i>	181	VANRAFIA.....	141
TREATMENT-RESISTANT..	99	TRULANCE.....	172	VAQTA.....	226
TRELEGY ELLIPTA.....	247	TRULICITY.....	116	<i>varenicline tartrate</i>	28
TRELSTAR.....	209	TRUMENBA.....	226	VARIVAX VACCINE.....	227
TREMFYA.....	216	TRUQAP.....	83	VASODILATORS, DIRECT-	
TREMFYA 100 MG/ML		TRYNGOLZA.....	145	ACTING ARTERIAL.....	146
PEN.....	216	TUKYSA.....	83	VASODILATORS, DIRECT-	
TREMFYA PEN.....	216	TURALIO.....	83	ACTING	
TREMFYA PEN INDUCTION (2		TURQOZ.....	201	ARTERIAL/VENOUS.....	146
PEN).....	217	TWINRIX.....	226	VAXCHORA VACCINE....	227
<i>tretinoin</i>	86,157	TYBOST.....	106	VELIVET.....	201
TRI-ESTARYLLA.....	201	TYMLOS.....	230	VELSIPITY.....	174
TRI-LEGEST FE.....	201	TYPHIM VI.....	226	VEMLIDY.....	101
TRI-LO-ESTARYLLA.....	201	TYRVAYA.....	232	VENCLEXTA.....	83
TRI-LO-SPRINTEC.....	201	TYVASO DPI.....	244	VENCLEXTA 10 MG	
TRI-MILI.....	201			TABLET.....	83
TRI-SPRINTEC.....	201	U		VENCLEXTA STARTING	
TRI-VYLIBRA.....	201	UBRELVY.....	63	PACK.....	83
TRI-VYLIBRA LO.....	201	UDENYCA.....	127	<i>venlafaxine besylate er</i>	55
<i>triamcinolone</i>		UDENYCA		<i>venlafaxine hcl</i>	55
<i>acetonide</i>	155,160	AUTOINJECTOR.....	127	<i>venlafaxine hcl er</i>	55
<i>triamterene-</i>		UNITHROID.....	207	VENXXIVA.....	182
<i>hydrochlorothiazid</i>	141	UPTRAVI.....	245	VEOZAH.....	151
<i>triazolam</i>	249	<i>ursodiol</i>	174	<i>verapamil er</i>	137
TRICYCLICS.....	55	UZEDY.....	98	<i>verapamil er pm</i>	137
TRIDACAINE.....	26			<i>verapamil hcl</i>	137
TRIDACAINE II.....	26	V		<i>verapamil sr</i>	137
TRIDERM.....	160	VABOMERE.....	37	VERQUVO.....	141
<i>trientine hcl</i>	167	VACCINES.....	223	VERSACLOZ.....	100
<i>trifluoperazine hcl</i>	92	<i>valacyclovir</i>	109	VERZENIO.....	84
<i>trifluridine</i>	233	VALCHLOR.....	161	VESTURA.....	201
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	88	<i>valganciclovir hcl</i>	101	VIBERZI.....	172
TRIKAFTA.....	242	<i>valproic acid</i>	43	VIENVA.....	201
<i>trimethobenzamide hcl</i>	58	<i>valsartan</i>	130	<i>vigabatrin</i>	46
<i>trimethoprim</i>	31			VIGADRONE.....	46

VIGAFYDE	46	WIXELA INHUB	248	ZARXIO	127
VIGPODER	46	WYMZYA FE	202	ZAVZPRET	63
VIJOICE	84			ZEGALOGUE	
<i>vilazodone hcl</i>	55	X		AUTOINJECTOR	117
VIMKUNYA	227	XALKORI	85	ZEGALOGUE SYRINGE	117
VIOKACE	179	XARAH FE	202	ZEJULA	85
VIRACEPT	107	XARELTO	124	ZELBORAF	86
VIREAD	101	XATMEP	223	ZEMAIRA	179
VITRAKVI	84	XCOPRI	48	ZENATANE	157
VIVITROL	27	XDEMVY	233	ZENPEP	180
VIVOTIF	227	XELJANZ	217	ZEPATIER	102
VIZIMPRO	84	XELJANZ XR	217	ZEPOSIA	155
VONJO	84	XELRIA FE	202	ZERBAXA	34
VORANIGO	84	XERMELO	173	<i>zidovudine</i>	106
<i>voriconazole</i>	61	XGEVA	230	ZIEXTENZO	127
<i>voriconazole 200 mg vial</i>	61	XIFAXAN	32	ZILBRYSQ	217
VOSEVI	102	XIGDUO XR	116	<i>ziprasidone hcl</i>	99
VOWST	174	XIIDRA	232	<i>ziprasidone mesylate</i>	99
VOYDEYA	212	XOFLUZA	108	ZIRGAN	233
VRAYLAR	99	XOLAIR	217	ZOLINZA	70
VTAMA	161	XOLREMDI	127	<i>zolmitriptan</i>	64
VUMERITY	154	XOSPATA	85	<i>zolmitriptan odt</i>	64
VYFEMLA	201	XPOVIO	85	<i>zolpidem tartrate</i>	249
VYKAT XR	117	XROMI	179	<i>zolpidem tartrate er</i>	249
VYLIBRA	202	XTANDI	67	ZOMACTON	187
VYNDAMAX	179	XULANE	202	ZONISADE	48
VYNDAQEL	179	XYWAV	250	<i>zonisamide</i>	48
VYVGART HYTRULO	65			ZORTRESS	223
		Y		ZORYVE	162
W		YARGESA	179	ZOVIA 1-35	202
WAINUA	179	YASMIN 28	202	ZTALMY	46
WAKEFULNESS PROMOTING		YAZ	202	ZURZUVAE	51
AGENTS	249	YF-VAX	227	ZYDELIG	86
<i>warfarin sodium</i>	123	YONSA	67	ZYKADIA	86
WEGOVI	141	YORVIPATH	230		
WELIREG	179	YUVAFEM	191		
WESNATAL DHA					
COMPLETE	170	Z			
WINREVAIR (2 PACK)	247	ZAFEMY	202		
WINREVAIR 45 MG VIAL	248	<i>zafirlukast</i>	238		
WINREVAIR 60 MG VIAL	248	<i>zaleplon</i>	249		

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