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

2025 قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية (كتيب الوصفات)

يرجى الاطلاع: تحتوى هذه الوثيقة على معلومات عن الأدوية التي نغطيها في هذه الخطة.

تم تحديث كتيب الوصفات هذا بتاريخ 2025/10/17.

لمزيد من المعلومات الحديثة أو أسئلة أخرى، اتصل بنا على 24 'TTY (711) 1-877-412-2734 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع أو قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare.

H5433-001\_25PD001TA\_C

Formulary ID: 25516, Version Number: 32

## CalOptima Health OneCare Complete (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan | 2025 قائمة للأدوية الخاضعة للتغطية (كتيب الوصفات)

#### مقدمة

يسمى هذا المستند قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (يُعرف أيضا بقائمة الأدوية). وتتعرف من خلاله على الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تغطيها CalOptima Health OneCare Complete. وتتعرف أيضًا من خلال قائمة الأدوية هذه على ما إذا كان هناك أية قواعد أو قيود خاصة مفروضة على أي أدوية خاضعة لتغطية CalOptima Health OneCare Complete. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

#### المحتويات

2

.A	إخلاء المسؤولية	4
.B	الأسئلة الأكثر تكرارًا (FAQ)	11
	B1. ما هي الأدوية الموصوفة والمدرجة في قائمة الأدوية المغطاة؟ (نطلق على قائمة الأدوية المغطاة اسم "قائمة الأدوية" للاختصار.)	11
	B2 هل تتغير قائمة الأدوية أبدًا؟	12
	B3 ماذا يحدث عند وجود تغيير على قائمة الأدوية؟	12
	B4. هل هناك أي قيود أو حدود على تغطية الأدوية أو أي إجراءات مطلوب اتخاذها للحصول على أدوية معينة؟	14
	B5. كيف أعرف إذا كان الدواء الذي أريده عليه حدود أو أن هناك إجراءات مطلوبة يجب اتخاذها للحصول على الدواء؟	14
	B6. ماذا يحدث إذا قام CalOptima Health OneCare Complete بتغيير قواعده بشأن كيفية تغطية بعض الأدوية (على سبيل المثال، التصريح المسبق، و/أو حدود الكمية، و/أو قيود العلاج المرحلي)؟	14
	B7. كيف يمكنني العثور على دواء في قائمة الأدوية؟	14
	B8. ماذا لو كان الدواء الذي أرغب في تناوله غير موجود في قائمة الأدوية؟	15
	B9. ماذا لو كنت عضوًا جديدًا في CalOptima Health OneCare Complete ولم أتمكن من العثور على دوائي في قائمة الأدوية أو كنت أواجه مشكلة في الحصول على دوائي؟	15
	B10. هل يمكنني طلب استثناء لتغطية دوائي؟	16
	B11. كيف يمكنني طلب استثناء؟	16
	B12. كم من الوقت يستغرق الحصول على استثناء؟	17
	B13. ما هي الأدوية المماثلة؟	
	B14 ما هي المنتجات اليبولو حية الأصلية وما علاقتها بالبدائل الحيوية؟	17

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم

17	B15. ما هي الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC)؟
17	B16. هل يغطي CalOptima Health OneCare Complete منتجات OTC غير الدوائية ؟
18	B17. هل يغطي CalOptima Health OneCare Complete الإمدادات طويلة الأجل من الوصفات الطبية؟
18	.B18 هل يمكنني الحصول على توصيل للوصفات الطبية إلى منزلي من الصيدلية المحلية الخاصة بي؟
18	.B19 ما قيمة المشاركة في الدفع الخاص بي؟
19	C. نظرة عامة على قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية
20	C1. قائمة الأدوية حسب للحالة الطبية.
I-1	]. فهر س الأدوية المشمولة بالتغطية

?

#### A. اخلاء المسؤولية

هذه قائمة بالأدوية التي يستطيع الأعضاء الحصول عليها في CalOptima Health OneCare Complete .

إنّ Medicare Medi-Cal Plan ومتعاقدة مع Medicare Medi-Cal Plan. يعتمد التسجيل في CalOptima Health OneCare على تجديد Medicare على منظمة تابعة لـ CalOptima Health OneCare المعقد. تلتزم Medicare العقد. تلتزم CalOptima Health OneCare المعقون المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تمارس التمييز العنصري على الساس العرق، أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو النوع. اتصل بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare على الرقم المجاني 1-877-412-2734 (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. قم بزيارتنا على www.caloptima.org/OneCare.

- ❖ يمكنك دائمًا التحقق من قائمة الأدوية المغطاة المحدثة الخاصة بـ CalOptima Health OneCare Complete
   عبر الإنترنت على www.caloptima.org/OneCare أو عن طريق الاتصال بـ 1-877-412-2734
   (TTY 1-877-412-2734 يساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمة مجانية.
- ❖ يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو الصوت. اتصل بـ -1
   4 (TTY 711) 877-412 2734
   5 إليام في الأسبوع. هذه المكالمة مجانية.

# إشعار توفر خدمات المساعدة اللغوية والمساعدات والخدمات الإضافية

### **English**

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

## العربية (Arabic)

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

?

## Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-877-412-2734 (TTY 711)։ Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ` Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր։ Ջանգահարեք 1-877-412-2734 (TTY 711)։ Այդ ծառայություններն անվձար 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 ក៍អាចរកបានផងដែរ។ 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。

## <u>繁體中文 (Traditional Chinese)</u>

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。

فارسى (Farsi)

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم المحلومات، قم بزيارة (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare.

توجه: اگر میخواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-877-412-2734 (TTY 711) معلولیت، رکمکها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخههای خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با -477-11 مانند نسخههای خط بریل و پاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 412-2734 (TTY 711)

## ગુજરાતી (Gujarati)

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

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

## 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.

## <u>日本語 (Japanese)</u>

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

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم

2734-2734 (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare.

ービスも用意しています。1-877-412-2734 (TTY 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## 한국어 (Korean)

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

### ພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

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

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

#### **Mien**

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

?

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم

## 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.

## <u>ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)</u>

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 ਬ੍ਰੇਲ 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 ТТҮ **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по

J

номеру **1-877-412-2734** (линия ТТҮ **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

## **Español (Spanish)**

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

## **Tagalog (Filipino)**

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

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

## ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-412-2734 (TTY 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำาหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-877-412-2734 (TTY 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำาหรับบริการเหล่านี้

?

## 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.

## Українська (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-877-412-2734 (ТТҮ 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 (ТТҮ 711). Ці послуги безкоштовні.

## اردو (Urdu)

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

## <u>Tiếng Việt (Vietnamese)</u>

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

.www.caloptima.org/OneCare

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة

- هذه الوثيقة متاحة مجانًا باللغات العربية والصينية والفارسية والكورية والإسبانية والفيتنامية.
  - ♦ يمكنك أيضًا تقديم طلب دائم للحصول على المواد بلغات اخرى و/أو التنسيق البديل:
- الوثائق الاخرى متاحة باللغات العربية والصينية والفارسية والكورية والإسبانية والفيتنامية.
- تتوفر التنسيقات البديلة مطبوعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو أقراص البيانات المضغوطة أو الملفات الصوتية.
  - سيتم الاحتفاظ بطلبك الدائم في نظامنا لجميع رسائل البريد والاتصالات المستقبلية. لإلغاء طلبك الدائم أو إجراء تغيير عليه، يرجى الاتصال برقم خدمة العملاء على الرقم
     4 (TTY 711)، 22 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية.

#### B. الأسئلة الأكثر تكرارًا (FAQ)

تعرف هنا على إجابات الأسئلة التي تراودك بشأن قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. بإمكانك قراءة جميع الأسئلة الأكثر تكرارًا (Frequently Asked Questions, FAQ) للتعرف على المزيد من المعلومات، أو يمكنك البحث عن أحد الاستفسارات والإجابات.

## B1. ما الأدوية المقررة بوصفة طبية المدرجة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية؟ (نسمي قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية "قائمة الأدوية" اختصاراً.)

الأدوية الواردة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية التي تبدأ من القسم C1 هي التي الأدوية التي تخضع لتغطية CalOptima Health الأدوية الواردة في قائمة الأدوية في الصيدليات التابعة لشبكتنا. والصيدليات التابعة لشبكتنا هي التي قمنا بالتعاقد والاتفاق معها على العمل معنا وتقديم الخدمات لك. ونشير إلى هذه الصيدليات باسم "الصيدليات التابعة للشبكة."

وبالنسبة لأية أدوية أخرى، مثل بعض الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية (Over-The-Counter, OTC) وفيتامينات معينة، فإنها قد تكون خاضعة لتغطية Medi-Cal Rx. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). كما يمكنك الاتصال بخدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 977-2273. يُرجى إحضار بطاقة تعريف المزايا (Beneficiary Identification Card, BIC) الخاصة ببرنامج Medi-Cal Rx عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

- ستغطي CalOptima Health OneCare Complete جميع الأدوية الضرورية طبيًا والمدرجة في قائمة الأدوية
   في الحالات التالية إذا:
  - أفاد طبيبك المعالج أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية بأنك تحتاج إليها لتحسن حالتك الصحية أو المحافظة على
     حالتك الصحية الجيدة،
  - وافقت CalOptima Health OneCare Complete على أن الدواء يعد ضروريًا بالنسبة لك من الناحية الطبية، و
  - إذا قمت بصرف الوصفة الطبية من صيدلية تابعة لشبكة CalOptima Health OneCare Complete.
- يتعين عليك، في بعض الحالات، اتخاذ إجراء ما قبل حصولك على الدواء. لمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة السؤال B4.

يمكنك أيضًا الاطلاع على قائمة الأدوية المحدثة الخاضعة لتغطيتنا على الموقع الإلكتروني www.caloptima.org/OneCare أو الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 2734-17-18-1(TTY711) ساعة في اليوم، و7 أيام في الأسبوع

?

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم

#### B2. هل تتغير قائمة الأدوية؟

نعم، ويتعين على CalOptima Health OneCare Complete الالتزام بقواعد Medicare وMedi-Cal عند إجراء أي تغييرات. وقد نقوم بإضافة أو إلغاء بعض الأدوية من قائمة الأدوية على مدار العام.

وقد نقوم أيضًا بتغيير قواعدنا الخاصة بالأدوية. فعلى سبيل المثال، قد:

- نقرر طلب أو عدم طلب تقديم موافقة مسبقة للحصول على دواء ما. (الموافقة المسبقة هي إذن من CalOptima قبل حصولك على الدواء.)

  Health OneCare Complete
  - نضيف أو نعدل كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (يُطلق عليها "حدود الكمية").
- نضيف أو نُغير القيود المفروضة على العلاج المرحلي لدواء ما. (يقصد بالعلاج المرحلي أنه يتعين عليك تجربة دواء ما قبل السماح بتغطية دواء آخر.)

للاطلاع على مزيد من المعلومات حول القواعد الخاصة بالأدوية، يرجى الرجوع إلى السؤال B4.

إذا كنت تتناول دواءً خاضعًا للتغطية في بداية العام، فإننا بوجه عام لا نلغي تغطية هذا الدواء أو ندخل تعديلات عليها خلال باقي العام إلا إذا:

- ظهر دواء جديد في السوق أقل ثمنًا يعمل بالكفاءة نفسها للدواء المدرج على قائمة الأدوية حاليًا، أو
  - نمى إلى علمنا ان هناك دواءًا غير آمن، أو
    - رُفع الدواء من الأسواق.

يحتوى السؤالان B3 وB6 الواردان أدناه على مزيد من المعلومات بشأن ما يحدث عند تغيير قائمة الأدوية.

- يمكنك دائمًا التحقق من قائمة الأدوية المحدثة الخاضعة لتغطية CalOptima Health OneCare Complete عبر زيارة الموقع الإلكتروني www.caloptima.org/OneCare. يتم نشر تحديثات قائمة الأدوية على الموقع شهريًا.
  - للاطلاع على قائمة الأدوية الحالية، يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 2734-412-877-1-18-1
     (TTY711) على قائمة في اليوم، و7 أيام في الأسبوع.

#### B3. ماذا يحدث عند وجود تغيير على قائمة الأدوية؟

تُنفذ بعض التغييرات التي يتم إدخالها على قائمة الأدوية فورًا. على سبيل المثال:

- بدائل بعض الإصدارات الجديدة من الأدوية. ربما نزيل الأدوية على الفور من قائمة الأدوية إذا قمنا باستبدالها بإصدارات جديدة معينة من هذا الدواء، ولكن تكلفة الدواء الجديد الخاصة بك ستظل 0\$. عندما نضيف إصدارًا جديدًا من أحد الأدوية، قد نقرر أيضًا الاحتفاظ بالدواء الذي يحمل العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي في القائمة ولكن مع تغيير قواعد أو حدود التغطية الخاصة به.
  - ) قد لا نخبرك قبل إجراء هذا التغيير، ولكننا سنرسل لك معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد حدوثه.
    - لا يمكننا إجراء هذه التغييرات إلا إذا كان الدواء الذي نضيفه:
    - هو نسخة عامة جديدة من دواء يحمل علامة تجارية، أو

?

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم

<sup>1-877-412-2734 (</sup>TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare.

- عبارة عن نسخة بديلة حيوية جديدة معينة من المنتجات البيولوجية الأصلية المدرجة في قائمة الأدوية (على سبيل المثال، إضافة بديل حيوي قابل للتبديل يمكن استبداله بمنتج بيولوجي أصلى دون وصفة طبية جديدة).
  - بعض أنواع هذه الأدوية قد تكون جديدة بالنسبة لك. لمزيد من المعلومات، راجع القسم B14.
- بإمكانك أنت أو مزود الرعاية الخاص بك طلب الحصول على استثناء من هذه التغييرات. وسوف نرسل إليك إشعارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. يُرجى الرجوع إلى الأسئلة B12-B10 للاطلاع على مزيد من المعلومات بشأن الاستثناءات.
- رُفع الدواء من الأسواق. إذا صرحت منظمة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA) أن الدواء الذي تتناوله غير آمن أو غير فعال أو قامت الشركة المصنعة للدواء برفعه من الأسواق، فقد نزيله حاليًا من قائمة الأدوية. إذا كنت تتناول الدواء، فسنرسل إليك إشعارًا بعد إجراء التغيير.
- يمكنك استشارة طبيبك أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية لإيجاد دواء آخر لحالتك. يرجى التواصل مع طبيبك أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية إذا كنت في حاجة إلى مساعدة في إيجاد دواء آخر.
- ويمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete للحصول على المساعدة على الرقم 1- ( 877-412-2734 TTY 711 كالم في الأسبوع.

قد نجري تغييرات أخرى تؤثر على الأدوية التي تتناولها. وسنطلعك مسبقًا بهذه التغييرات الأخرى التي تُجرى على قائمة الأدوية. قد يتم إجراء هذه التغييرات الأخرى التي تُجرى على قائمة الأدوية. قد يتم إجراء هذه التغييرات إذا:

- تقدم إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) إرشادات جديدة أو أن هناك إرشادات سريرية جديدة لأحد الأدوية.
  - نقوم بإضافة دواء عام واستبدال دواء يحمل علامة تجارية موجود حاليًا في قائمة الأدوية، أو
  - نضيف بديلًا حيويًا جديدًا ليحل محل المنتج البيولوجي الأصلي الموجود حاليًا في قائمة الأدوية، أو
    - نقوم بتغيير قواعد أو حدود التغطية للدواء الذي يحمل العلامة التجارية

وفي حالة إجراء هذه التغيير سنقوم بـ:

- إطلاعك به قبل تنفيذ التغيير في قائمة الأدوية بمدة لا تقل عن 30 يومًا، أو
- إطلاعك به وتوفير صرفيات تكفى لمدة 30-يومًا من الدواء بعد قيامك بطلب إعادة صرفه.

سيتيح لك هذا الوقت لمناقشة الأمر مع طبيبك أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية. إذ بإمكانهم تقديم المساعدة لك في تحديد:

- ما إذا كان هناك دواء مماثل في قائمة الأدوية يمكنك استخدامه بدلًا منه، أو
- ما إذا كان بالإمكان استثنائك من هذه التغييرات. للاطلاع على مزيد من المعلومات بشأن الاستثناءات، يرجى الرجوع إلى الأسئلة B12-B10

.www.caloptima.org/OneCare

#### .B4. هل ثمة قيود أو حدود مفروضة على تغطية الدواء أو إجراءات يلزم اتخاذها للحصول على أدوية معينة؟

نعم، هناك بعض الأدوية التي تُفرض عليها قواعد تغطية خاصة بها أو حدود على الكمية التي يمكنك الحصول عليها منها. وفي بعض الحالات، يجب عليك أو على طبيبك أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية اتخاذ إجراء ما قبل الحصول على أي من هذه الأدوية. على سبيل المثال:

- التصريح المسبق: يتعين عليك أو على طبيبك أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية الحصول على تصريح مسبق من CalOptima Health OneCare Complete قبل صرف وصفاتك الطبية. ويختلف التصريح المسبق عن الإحالة. وقد يمتنع CalOptima Health OneCare Complete عن تغطية الدواء إذا لم تحصل على تصريح مسبق.
- حدود الكمية: في بعض الأحيان، يحدد CalOptima Health OneCare Complete الكمية التي يمكنك الحصول عليها من بعض الأدوية.
- العلاج المرحلي: يفرض CalOptima Health OneCare Complete عليك في بعض الأحيان اتباع العلاج المرحلي. وهذا يعني أنه يتعين عليك تجربة الأدوية بنظام معين طبقًا لحالتك الطبية. فقد يتعين عليك تجربة أحد الأدوية قبل أن نُغطى دواء آخر. وإذا تبين لمقدم الوصفة الطبية أن الدواء الأول غير مناسب لك فسنغطى الدواء الثاني.

لمعرفة ما إذا كان دوائك يستلزم أي متطلبات إضافية أو يخضع لقيود بعينها، يرجى الاطلاع على الجداول الواردة في القسم .C1 يمكنك أيضًا الاطلاع على مزيد من المعلومات من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني www.caloptima.org/OneCare. فقد نشرنا مستندات على الموقع الإلكتروني توضح التصريح المسبق والقيود المفروضة على العلاج المرحلي الخاصين بنا يمكنك أيضًا أن تطلب منا إرسال نسخة إليك.

بإمكاتك طلب الحصول على استثناء من هذه القيود. سيتيح لك هذا فرصة مناقشة الأمر مع طبيبك أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية. وبهذا يمكنه مساعدتك في اتخاذ قرار بشأن إمكانية تناول دواء مماثل. يُرجى مراجعة الأسئلة B12-B10 للاطلاع على مزيد من المعلومات بشأن الاستثناءات.

B5. كيف تعلم أن هناك قيودًا مفروضة على الدواء الذي تريده أو إذا كانت هناك إجراءات يلزم اتخاذها للحصول على الدواء؟

يحتوي الجدول الموجود في قائمة الأدوية حسب الحالة الطبية على عمود بعنوان "الإجراءات أو القيود أو الحدود الضرورية للاستخدام".

B6. ماذا يحدث إذا قام CalOptima Health OneCare Complete بتغيير قواعده الخاصة بتغطية بعض الأدوية (كالتصريح المسبق وحدود الكمية و/أو القيود المفروضة على العلاج المرحلي)؟

سنبلغك مسبقًا، في بعض الحالات، إذا أضفنا أو غيرنا الموافقة المسبقة وحدود الكمية و/أو القيود المفروضة على العلاج المرحلي لدواء ما. يرجى مراجعة السؤال B3 لمزيد من المعلومات عن هذا الإخطار المسبق والظروف التي لا يمكننا إبلاغك فيها مقدمًا عند تغييرنا لقواعد الأدوية في قائمة الأدوية.

#### B7. كيف يمكنني العثور على دواء مدرج في قائمة الأدوية؟

هناك طريقتان لذلك:

- يمكنك البحث باستخدام الترتيب الهجائي، أو
  - يمكنك البحث حسب الحالة الطبية.

للبحث أبجديًا، اذهب إلى فهرس فصل الأدوية الخاضعة للتغطية. يمكنك العثور عليه بداية من الصفحة 1-1. يعرض الفهرس قائمة مرتبة هجائيًا لجميع الأدوية الواردة في هذه الوثيقة. ستجد كلا من الأدوية ذات العلامة التجارية والأدوية المكافئة مدرجة في الفهرس. قم بالاطلاع

?

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم

ب حيد المحادث بي المعلومات بي المعلومات و Caropullia ricalari Officoare Complete على المعلومات، قم بزيارة (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة .www.caloptima.org/OneCare

على الفهرس وابحث عن الدواء الخاص بك. ستجد بجوار الدواء الخاص بك رقم الصفحة التي يمكنك الاطلاع فيها على معلومات التغطية الخاصة به. انتقل إلى الصفحة الموضحة في الفهرس وابحث عن اسم الدواء الخاص بك في العمود الأول من القائمة.

وللبحث باستخدام الحالة الطبية، اذهب إلى القسم الذي يحمل عنوان "قائمة الأدوية وفقًا للحالة الطبية" في الصفحة 20. تنقسم الأدوية الواردة في هذا القسم إلى فئات وفقًا لنوع الحالة الطبية التي تستخدم في علاجها. على سبيل المثال، إذا كنت تعاني من مشكلات في القلب، يتعين عليك الاطلاع على فئة أدوية القلب والأوعية الدموية. حيث ستجد فيها الأدوية التي تعالج أمراض القلب.

#### B8. ماذا لو لم يكن الدواء الذي أريد تناوله مدرجًا في قائمة الأدوية؟

إذا لم تجد الدواء الخاص بك مدرجًا في قائمة الأدوية، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم CalOptima Health OneCare Complete لن يقوم بتغطية هذا الدواء، في الأسبوع واستفسر عن الدواء. إذا علمت أن CalOptima Health OneCare Complete لن يقوم بتغطية هذا الدواء، فيمكنك اتخاذ أحد الإجراءات التالية:

- اطلب من خدمة العملاء قائمة بأدوية مماثلة للدواء الذي تريد تناوله. ثم أطلع طبيبك أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية على القائمة. ويمكنهم بعد ذلك وصف دواء من الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية مماثل للدواء الذي تريد تناوله. أو
- يمكن أن تطلب من CalOptima Health OneCare Complete استثناءك للحصول على تغطية لدوائك. يُرجى مراجعة الأسئلة B12-B10 للاطلاع على مزيد من المعلومات بشأن الاستثناءات.

## B9. ماذا يحدث لو كنت عضوًا جديدًا في CalOptima Health OneCare Complete ولا أستطيع إيجاد دوانى في قائمة الأدوية أو واجهت مشكلة في الحصول على الدواء؟

يمكننا مساعدتك. قد نقوم بتوفير تغطية مؤقتة للدواء وتوفير صرفية تكفي لمدة 30-يومًا، وذلك خلال أول 90 يومًا لك في عضوية CalOptima Health OneCare Complete. سيتيح لك هذا فرصة مناقشة الأمر مع طبيبك أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية. يمكنهم مساعدتك في تحديد ما إذا كان هناك دواء مماثل في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من ذلك أو ما إذا كان هناك دواء مماثل في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من ذلك أو ما إذا كان هناك دواء مماثل في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من ذلك أو ما إذا كان هناك دواء

إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لتكفي عددًا أقل من الأيام، فسنسمح بصرفها عدة مرات لتوفير صرفيات تكفي لمدة 30-يومًا بحد أقصى.

سنقوم بتغطية صرفية من الدواء تكفي لمدة 30-يومًا إذا:

- كنت تتناول دواءً ليس مدرجًا في قائمة الأدوية، أو
- إذا كانت قواعد الخطة الصحية لا تسمح لك بالحصول على الكمية التي أقرها مقدم الوصفات الطبية، أو
- كان الدواء يتطلب الحصول على تصريح مسبق من CalOptima Health OneCare Complete، أو
  - كنت تتناول دواءً يخضع للعلاج المرحلي

إذا كنت تتناول دواءً لا يعتبره CalOptima Health OneCare Complete أحد أدوية القسم D، وكان الدواء غير مدرج في قائمة الأدوية، وتواجه مشكلة في الحصول على الدواء، فقد تتم تغطيته من خلال Medi-Cal Rx. إذا كان الدواء المستبعد من القسم D يتطلب استثناءً، وكانت لديك حالة طوارئ، فسوف يسمح Medi-Cal Rx بإمداد الدواء لمدة 72 ساعة على الأقل. يرجى زيارة الموقع الإلكتروني للا Medi-Cal Rx للا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 977-2273 و الطبية من خلال Medi-Cal BIC الخاصة بك عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

إذا كنت في دار تمريض أو غيره من مرافق الرعاية طويلة الأجل وتحتاج إلى دواء غير مدرج في قائمة الأدوية، أو إذا كنت لا تستطيع الحصول على الدواء الذي تحتاج إليه بسهولة، فيمكننا أن نقدم لك المساعدة. وإذا كنت مشتركاً في الخطة لأكثر من 90 يومًا، وتقيم في مرفق الرعاية طويل الأجل وكنت بحاجة إلى صرف الدواء فورًا:

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم

1-877-412-2734)، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة www.caloptima.org/OneCare.

?

- سنقوم بتغطية صرفية واحدة من الدواء تكفي لمدة 31-يومًا (ما لم تكن وصفتك الطبية تمتد لفترة أقل من ذلك)، سواء كنت عضوًا جديدًا في CalOptima Health OneCare Complete أم لا.
  - هذا بالإضافة إلى الصرفية المؤقتة التي تتلقاها خلال أول 90 يومًا من عضويتك في CalOptima Health هذا بالإضافة إلى الصرفية المؤقتة التي تتلقاها خلال أول 90 يومًا من عضويتك في OneCare Complete.

إذا كنت عضوًا حاليًا ويتم نقلك من مستوى علاجي إلى آخر، فإن هذا يطلق عليه التغير في مستوى الرعاية. ومن أمثلة ذلك:

- الدخول إلى مرفق رعاية طويلة الأجل منتقلًا من مستشفى لرعاية الحالات الحادة
  - خروجك من المستشفى إلى المنزل
- إنهاء خدمات التمريض المتخصصة في القسم A والعودة إلى خدمات تغطية القسم D
- التخلي عن خدمات الرعاية في مرحلة الاحتضار والعودة إلى المزايا العادية للقسمين A وB
  - إنهاء الإقامة في أحد مراكز الرعاية طويلة الأجل والعودة إلى المجتمع
    - الخروج من إحدى مستشفيات الطب النفسي.

في حال حصلت على تغيير في مستوى الرعاية، فيما يخص كل دواء من أدويتك غير المدرجة في قائمة أدويتنا، أو إذا كانت قدرتك على الحصول على أدويتك محدودة، فسنوفر تغطية صرفية مؤقتة لمدة 30-يومًا عند صرفك لها من صيدلية تابعة للشبكة. بعد حصولك على صرفيتك الأولى التي تكفي لمدة 30-يومًا، لن ندفع نظير هذه الأدوية. ثمة خياران متاحان لك في هذه الحالات:

- اطلب من خدمة العملاء قائمة بأدوية مماثلة للدواء الذي تريد تناوله. ثم، أطلع طبيبك أو غيره من مقدمي الوصفات الطبية على القائمة. بعد ذلك، يمكنهم وصف دواء مماثل للدواء الذي تريد تناوله من الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية، أو
- يمكنك أن تطلب من CalOptima Health OneCare Complete الحصول على استثناء لتغطية دوائك. يُرجى الاطلاع على السؤال B10 للحصول على مزيد من المعلومات حول الاستثناءات

#### B10. هل يمكنني طلب الحصول على استثناء لتغطية دوائي؟

نعم، يمكنك أن تطلب من CalOptima Health OneCare Complete تقديم استثناء لتغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية.

كما يمكنك أن تطلب منا تغيير القواعد المتعلقة بدوائك.

- على سبيل المثال، قد يحدد CalOptima Health OneCare Complete كمية أحد الأدوية التي سنقوم بتغطيتها.
   إذا كان دواءك ينطبق عليه أحد الحدود، يمكن أن تطلب منا تغيير هذا الحد وتقديم تغطية أكبر.
  - أمثلة أخرى: يمكنك أن تطلب منا تعطيل قيود العلاج المرحلي أو متطلبات التصريح المسبق.

#### B11. كيف بمكنني طلب استثناء؟

يرجى الاتصال بخدمة العملاء لطلب استثناء. سوف تتعاون خدمة العملاء معك ومع مقدم الوصفات الطبية الخاص بك لمساعدتك في طلب استثناء. يمكنك أيضًا الاطلاع على الفصل 9 القسم G2 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن الاستثناءات.

?

#### B12. ما المدة التي يستغرقها الحصول على استثناء؟

بعد حصولنا على بيان من مقدم الوصفات الطبية الخاص بك يدعم طلبك الخاص بالحصول استثناء، سنعطيك قرارًا في غضون 72 ساعة. لمزيد من المعلومات حول تقديم بيان داعم لطلبك، اتصل بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم (TTY 711).

إذا كنت تعتقد أنت أو مقدم الوصفات الطبية الخاص بك أن صحتك قد تتضرر إذا توجب عليك الانتظار لمدة 72 ساعة لحين إصدار القرار، فيمكنك طلب استثناء عاجل. وهو ما يعد قرارًا أسرع. وإذا كان مقدم الوصفات الطبية الخاص بك يدعم طلبك، فسنبلغك بقرارنا في غضون 24 ساعة من تلقينا للبيان الداعم لطلبك من مقدم الوصفات الطبية الخاص بك.

#### B13. ما الأدوية المماثلة؟

نتكون الأدوية المماثلة من نفس المكونات النشطة للأدوية ذات العلامات التجارية. وعادةً ما تكون تكلفتها أقل من تكلفة الدواء الذي يحمل العلامة التجارية و لها نفس الفعالية بصورة عامة. عادة لا يكون لديهم أسماء معروفة. تمت الموافقة على الأدوية المماثلة من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA). هناك أدوية مماثلة متاحة للعديد من الأدوية ذات العلامات التجارية. يمكن عادةً استبدال الأدوية المماثلة بالأدوية ذات العلامات التجارية في الصيدلية دون وصفة طبية جديدة، اعتمادًا على قوانين الولاية.

تغطى CalOptima Health OneCare Complete كل من الأدوية ذات العلامة التجارية والأدوية المماثلة.

#### B14. ما هي المنتجات البيولوجية الأصلية وما علاقتها بالبدائل الحيوية؟

عندما نشير إلى الأدوية، فقد يعني ذلك دواءً أو منتجًا بيولوجيًا. المنتجات البيولوجية هي أدوية أكثر تعقيدًا من الأدوية التقليدية. نظرًا لأن المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية النموذجية، فبدلاً من أن يكون لها شكل عام، يكون لها أشكال تسمى البدائل الحيوية. بشكل عام، تعمل البدائل الحيوية تمامًا مثل المنتج البيولوجي الأصلي وقد تكون تكلفتها أقل. هناك بدائل حيوية لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. بعض البدائل الحيوية هي بدائل حيوية قابلة للتبديل، ووفقًا لقوانين الولاية، يمكن استبدالها بالمنتج البيولوجي الأصلى في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، تمامًا كما يمكن استبدال الأدوية المماثلة بالأدوية ذات العلامات التجارية.

لمزيد من المعلومات حول أنواع الأدوية، راجع الفصل 5 من دليل الأعضاء.

#### B15. ما المقصود بأدوية OTC؟

OTC تعني "over-the-counter، من المعروض (الأدوية التي تصرف دون وصفة طبية )". يغطي CalOptima Health OTC تعني "OneCare Complete بغض الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية عندما يتم كتابتها كوصفات طبية من قبل مزود الرعاية الخاص بك.

يمكنك قراءة الفصل 4 من دليل الأعضاء الخاص بـ CalOptima Health OneCare Complete لمعرفة اي من الأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبية يتم تغطيتها.

#### B16. هل يغطي CalOptima Health OneCare Complete غير الدوانية؟

يغطي CalOptima Health OneCare Complete بعض منتجات OTC غير الدوائية التي يصفها لك مزود الرعاية الخاص بك كوصفة طبية.

وتتضمن أمثلة منتجات OTC غير الدوائية الصرفيات المتعلقة بحقن الأنسولين.

يمكنك الاطلاع على قائمة أدوية CalOptima Health OneCare Complete لمعرفة منتجات OTC المشمولة بالتغطية.

?

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم

#### B17. هل يغطي CalOptima Health OneCare Complete الصرفيات طويلة الأجل للأدوية المقررة بوصفة طبية؟

• برامج صيدليات البيع بالتجزئة لصرفية تكفي لمدة 100 يومًا. قد توفر بعض صيدليات البيع بالتجزئة أيضًا صرفية للأدوية المشمولة بالتغطية، المقررة بوصفة طبية لمدة تصل إلى 100 يومًا. ويفرض على الصرفية لمدة 100 يومًا نفس مبلغ المشاركة في الدفع الذي يفرض على صرفية الشهر الواحد.

#### B18. هل يمكن للصيدلية المحلية التي أتعامل معها توصيل أدويتي المقررة بوصفة طبية إلى منزلي؟

قد يكون من الممكن للصيدلية المحلية التي تتعامل معها توصيل أدويتك المقررة بوصفة طبية إلى منزلك. يمكن الاتصال بالصيدلية التي تتعامل معها لمعرفة ما إذا كانت تقدم خدمة التوصيل للمنزل.

#### B19. ما قيمة المشاركة في الدفع الخاص بي؟

لدى أعضاء CalOptima Health OneCare Complete \$\ الموصفات الطبية وأدوية OTC والمنتجات غير الدوائية إذا اتبع المعضو قواعد الخطة. ارجع إلى الأسئلة B15 وB16 لمزيد من المعلومات حول أدوية OTC والمنتجات غير الدوائية.

تعد الفئات مجموعات من الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

- أدوية المستوى 1 هي أدوية مماثلة. المشاركة في الدفع ستكون 0\$.
- أدوية المستوى 2 هي أدوية ذات علامات تجارية. المشاركة في الدفع ستكون 0\$.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 24(TTY 711)1-877-412-2734 ساعة في اليوم، و7 أيام في الأسبوع.

?

#### C. نظرة عامة على قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية

إن قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية تمنحك معلومات عن الأدوية المشمولة بالتغطية من قبل CalOptima Health OneCare القسم 1-1. Complete. وإذا واجهتك مشكلة في العثور على دوائك في القائمة، انتقل إلى فهرس الأدوية المشمولة بالتغطية الذي يبدأ في القسم 1-1. يعرض الفهرس جميع الأدوية المشمولة بتغطية CalOptima Health OneCare Complete.

قد تتم تغطية أدوية أخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وفيتامينات معينة، من قبل Medi-Cal Rx. يرجى زيارة الموقع الإلكتروني له (<u>www.medi-calrx.dhcs.ca.gov</u>) Medi-Cal Rx يرجى زيارة الموقع الإلكتروني له Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-970-008. يرجى إحضار بطاقة تعريف المستفيد (BIC) الخاصة به Medi-Cal Rx عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال.Medi-Cal Rx

#### الاستئنافات بموجب القسم D

- الاستئناف هو وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة القرار الذي اتخذناه بشأن تغطيتك وتغييره إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ .
- على سبيل المثال، قد نقرر أن الدواء الذي تريده غير مشمول بالتغطية أو لم يعد مشمولاً بتغطية Medi-Cal أو Medi-Cal.
- إذا لم توافق أنت أو واصف الدواء الخاص بك على قرارنا، فيمكنك الاستئناف. إذا كان لديك أي سؤال، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 877-412-2734 (711) 24 .TTY على الرقم 841-2734
  - يمكنك أيضًا قراءة الفصل 9 من دليل الأعضاء لمعرفة كيفية الاستئناف على القرار.
    - الأدوية التي ليست من أدوية القسم D لها قواعد مختلفة للاستئناف.

#### C1. قائمة الأدوية وفقًا للحالة الطبية

تنقسم الأدوية الواردة في هذا القسم إلى فئات وفقًا إلى نوع الحالة الطبية التي تستخدم في علاجها. على سبيل المثال، إذا كنت تعاني من مشكلات في القلب، يتعين عليك الاطلاع على فئة أدوية القلب والأوعية الدموية. حيث ستجد فيها الأدوية التي تعالج أمراض القلب.

وفيما يلى بعض المعانى المستخدمة في عمود "الإجراءات الضرورية أو الحدود أو القيود المفروضة على الاستخدام":

المعنى	الرمز
يجب عليك (أو على طبيبك) الحصول على تصريح مسبق من CalOptima Health OneCare Complete قبل صرف الوصفة الطبية الخاصة بك لهذا الدواء. قد لا يغطي CalOptima Health OneCare Complete هذا الدواء من دون التصريح المسبق.	PA
قد يكون هذا الدواء مؤهلًا للدفع بموجب القسم B أو القسم D من Medicare. يتعين عليك (أو على طبيبك) الحصول على تصريح مسبق من CalOptima Health OneCare Complete لتحديد ما إذا كان هذا الدواء مشمولًا بتغطية القسم D من برنامج Medicare قبل صرف الوصفة الطبية الخاصة بك لهذا الدواء. من دون التصريح المسبق، قد لا يغطي CalOptima Health OneCare Complete هذا الدواء.	PA BvD
إذا كنت عضوًا جديدًا أو إذا لم تتناول هذا الدواء من قبل، يتعين عليك (أو على طبيبك) الحصول على تصريح مسبق من دون CalOptima Health OneCare Complete قبل صرف الوصفة الطبية الخاصة بك لهذا الدواء. من دون التصريح المسبق، قد لا يغطي CalOptima Health OneCare Complete هذا الدواء.	PA NSO
يحدد CalOptima Health OneCare Complete كمية الدواء المشمول بالتغطية هذا لكل وصفة طبية أو ضمن إطار زمني محدد.	QL
قبل توفير CalOptima Health OneCare Complete التغطية لهذا الدواء، يتعين عليك أولًا تجربة دواء (أدوية) آخر لعلاج حالتك الطبية. لا يجوز تغطية هذا الدواء إلا إذا كان الدواء (الأدوية) الآخر لا يناسبك.	ST
قد تتوفر هذه الوصفة الطبية في صيدليات محددة فقط. للمزيد من المعلومات يرجى الرجوع إلى دليل الصيدليات الخاص بك أو الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete على الرقم -1-877-412 بك أو الاتصال بخدمة عملاء 24 (TTY 711)، 24 ساعة في اليوم، و7 أيام في الأسبوع.	LA

يعرض العمود الأول من الجدول اسم الدواء. تكتب الأدوية المماثلة بأحرف صغيرة ممالة (على سبيل المثال، amoxicillin) وتكتب الأدوية ذات العلامة التجارية بأحرف كبيرة (على سبيل المثال، ELIQUIS) وتكتب أدوية OTC والمنتجات غير الدوائية بأحرف صغيرة (على سبيل المثال، insulin pen needle). توضح المعلومات الواردة في عمود "الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود المفروضة على الاستخدام" ما إذا كان CalOptima Health OneCare Complete يضع أي قواعد خاصة بتغطية داوئك.

إذا كانت لديك استفسارات، يُرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم -1-877-412 (711) 2734، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة .www.caloptima.org/OneCare

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANALGESICS		
ANALGESICS		
JOURNAVX 50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 14 days)
ANALGESICS COMBINATIONS		
acetaminophen-codeine (#2 tablet, #3 tablet, #4 tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
acetaminophen-codeine 120-12 mg/5	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days), PA NSO
butalbital-acetaminophen- caffeine 50-325-40 mg tablet	\$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)
hydrocodone-acetamin 10- 325/15	\$0 (Tier 1)	QL (5000 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 10-325mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 5- 325mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANALGESICS		
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen (oxycodon-acetaminophen 7.5-325, oxycodone-acetaminophen 5-325, oxycodone-acetaminophen 10-325, oxycodone-acetaminophn 7.5-325)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY	DRUGS	
celecoxib (100 mg capsule, 400 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
celecoxib (50 mg capsule, 200 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
diclofenac 2% solution pump	\$0 (Tier 1)	PA, QL (224 per 28 days)
diclofenac epolamine 1.3% ptch	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
diclofenac pot 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
diclofenac sod er 100 mg tab	\$0 (Tier 1)	
diclofenac sodium (dr 25 mg tab, dr 50 mg tab, dr 75 mg tab, ec 25 mg tab, ec 50 mg tab, ec 75 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANALGESICS		
ec-naproxen (dr 375 mg tablet, dr 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
etodolac (200 mg capsule, 300 mg capsule, 400 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
IBU (600 MG TABLET, 800 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
ibuprofen (100 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 600 mg tablet, 800 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
indomethacin (25 mg capsule, 50 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
meloxicam (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
nabumetone (500 mg tablet, 750 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
naproxen (125 mg/5 ml suspen, 250 mg tablet, 375 mg tablet, dr 375 mg tablet, 500 mg kit, 500 mg tablet, dr 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
piroxicam (10 mg capsule, 20 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANALGESICS		
sulindac (150 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
fentanyl (12 patch, 25 patch, 50 patch, 75 patch, 100 patch)	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 30 days)
levorphanol tartrate (2 mg tablet, 3 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
methadone hcl (5 mg/5 ml solution, hcl 5 mg tablet, 10 mg/5 ml solution, hcl 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
morphine sulfate er (sulf er 100 mg tablet, sulf er 200 mg tablet, sulfate er 100 mg cap, sulfate er 120 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
morphine sulfate er (sulf er 15 mg tablet, sulf er 30 mg tablet, sulf er 60 mg tablet, sulfate er 10 mg cap, sulfate er 20 mg cap, sulfate er 30 mg cap, sulfate er 45 mg cap, sulfate er 50 mg cap, sulfate er 60 mg cap, sulfate er 75 mg cap, sulfate er 80 mg cap, sulfate er 90 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANALGESICS		
oxymorphone hcl er (er 5 mg tablet, er 10 mg tab, er 15 mg tab, er 20 mg tab, er 30 mg tab, er 40 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
oxymorphone hcl er 7.5 mg tab	\$0 (Tier 1)	
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
codeine sulfate (15 mg tablet, 30 mg tablet, 60 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
hydromorphone hcl (1 mg/ml solution, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 8 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
meperidine hcl (25 mg/ml vial, 50 mg/5 ml solution, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml vial)	\$0 (Tier 1)	PA
morphine sulfate (sulf 10 mg/5 ml cup, sulf 10 mg/5 ml soln, sulf 20 mg/5 ml soln, sulf 100 mg/5 ml conc, sulfate ir 15 mg tab, sulfate ir 30 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
oxycodone hcl ((ir) 5 mg cap, (ir) 5 mg tablet, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml cup, 5 mg/5 ml soln, (ir) 10 mg tab, (ir) 15 mg tab, 15 mg tablet, (ir) 20 mg tab, 20 mg tablet, (ir) 30 mg tab, 30 mg tablet, 100 mg/5 ml conc)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANALGESICS		
oxymorphone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
tramadol hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
tramadol hcl 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANESTHETICS		
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine 5% patch	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
lidocaine hcl 4% solution	\$0 (Tier 1)	
lidocaine hcl viscous (2% 15 ml cup, 2% soln)	\$0 (Tier 1)	
lidocaine-prilocaine cream	\$0 (Tier 1)	
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREAT	MENT AGENTS	
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVIN	G	
acamprosate calc dr 333 mg tab	\$0 (Tier 1)	
disulfiram (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
naltrexone 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
OPIOID DEPENDENCE		
buprenorphine hcl (2 mg tablet, 8 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
buprenorphine-naloxone (buprenorphin-naloxon 8-2 mg sl, buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm, buprenorphine-nalox 2- 0.5mg tb, buprenorphine-nalox 4-1mg film, buprenorphine-nalox 8-2 mg tab, buprenorphine-nalox 8-2mg film, buprenorphine-nalox 12-3mg flm, buprenorphn-naloxn 2-0.5 mg sl)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
lofexidine 0.18 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
VIVITROL (380 MG VIAL, 380 MG VIAL-DILUENT)	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREAT	TMENT AGENTS	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
naloxone hcl (0.4 mg/ml carpuject, 0.4 mg/ml syringe, 0.4 mg/ml vial, 2 mg/2 ml syringe, 4 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
OPVEE 2.7 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
SMOKING CESSATION AGENTS		
bupropion hcl sr 150 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
varenicline starting month box	\$0 (Tier 1)	QL (53 per 28 days)
varenicline tartrate (apo- varenicline 0.5 mg tablet, apo- varenicline 1 mg tablet, varenicline 0.5 mg tablet, varenicline 1 mg cont month bx, varenicline 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIBACTERIALS		
AMINOGLYCOSIDES		
amikacin sulf 500 mg/2 ml vial	\$0 (Tier 1)	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (252 per 30 days)
gentamicin sulfate (80 mg/2 ml vial, 800 mg/20 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
gentamicin sulfate in ns (60 mg/ns 50 ml pb, iso 100 mg/100 ml, isoton 60 mg/50 ml, 80 mg/ns 100 ml pb, 80 mg/ns 50 ml pb, isoton 80 mg/100 ml, isoton 80 mg/50 ml, 100 mg/ns 100 ml)	\$0 (Tier 1)	
neomycin 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
streptomycin sulf 1 gm vial	\$0 (Tier 1)	
tobramycin sulfate (1.2 gm vial, 1.2 gram/30 ml vial, 10 mg/ml vial, 20 mg/2 ml vial, 40 mg/ml vial, 80 mg/2 ml vial, 1,200 mg/30 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
aztreonam (1 gm vial, 2 gm vial)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIBACTERIALS		
clindamycin (pedi) 75 mg/5 ml	\$0 (Tier 1)	
clindamycin hcl (75 mg capsule, 150 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
clindamycin pediatr 75 mg/5 ml	\$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate (2% vaginal cream, ph 9 g/60 ml vial, ph 300 mg/2 ml vl, ph 600 mg/4 ml vl, ph 900 mg/6 ml vl)	\$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate-d5w (300 mg/50 ml-d5w, 600 mg/50 ml-d5w)	\$0 (Tier 1)	
colistimethate 150 mg vial	\$0 (Tier 1)	
DALVANCE 500 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
daptomycin (350 mg vial, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
fosfomycin 3 gm sachet	\$0 (Tier 1)	
linezolid (100 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
linezolid 600 mg/300 ml-d5w	\$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIBACTERIALS		
metronidazole (0.75% cream, 0.75% lotion, top 1% gel pump, topical 0.75% gl, topical 1% gel, vaginal 0.75% gl, 250 mg tablet, 500 mg tablet, 500 mg/100 ml)	\$0 (Tier 1)	
nitrofurantoin (25 mg/5 ml susp, mcr 25 mg cap, mcr 50 mg cap, mcr 100 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg	\$0 (Tier 1)	
polymyxin b sulfate vial	\$0 (Tier 1)	
SIVEXTRO (200 MG TABLET, 200 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (6 per 30 days)
SOLOSEC 2 GM GRANULE PACKET	\$0 (Tier 2)	PA
tigecycline 50 mg vial	\$0 (Tier 1)	PA
tinidazole (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
trimethoprim 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
vancomycin hcl (1 gm add-van vial, 1 gm vial, hcl 5 gm vial, hcl 10 gm vial, hcl 100 gm smartpak, 500 mg a-v vial, 500 mg add-van vial, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIBACTERIALS		
vancomycin hcl 125 mg capsule	\$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
cefaclor (250 mg capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
cefadroxil (1 gm tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg/5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	
cefazolin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 10 gm vial, 20 gm bulk vial, sod 100 gm bulk bag, sod 300 gm bulk bag, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
cefdinir (125 mg/5 ml susp, 250 mg/5 ml susp, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
cefepime hcl (1 gm vial, 2 gram vial)	\$0 (Tier 1)	
cefixime (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 400 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIBACTERIALS		
cefotetan (1 gm vial, 2 gm vial)	\$0 (Tier 1)	
cefoxitin (1 gm vial, 2 gm vial, 10 gm vial)	\$0 (Tier 1)	
cefpodoxime proxetil (50 mg/5 ml susp, 100 mg tablet, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
cefprozil (125 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ceftazidime (1 gm vial, 2 gm vial, 6 gm vial)	\$0 (Tier 1)	
ceftriaxone (1 gm add-vant vial, 1 gm vial, 2 gm add vial, 2 gm vial, 10 gm vial, 100 gram bulk bag, 250 mg vial, 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
cefuroxime (250 mg tab, 500 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
cefuroxime sodium (1.5 gm vial, 750 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
cephalexin (125 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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		
amoxicillin (125 mg tab chew, 125 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg capsule, 250 mg tab chew, 250 mg/5 ml susp, 400 mg/5 ml susp, 500 mg capsule, 500 mg tablet, 875 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
amoxicillin-clavulanate potass (200-28.5 mg/5 ml sus, 250-125 mg tablet, 250-62.5 mg/5 ml sus, 400-57 mg/5 ml susp, 500-125 mg tablet, 600-42.9 mg/5 ml sus, 875-125 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ampicillin 500 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
ampicillin sodium (1 gm add- vantage vl, 1 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm vial)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIBACTERIALS		
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 vl)	\$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)	
dicloxacillin sodium (250 mg capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
nafcillin sodium (1 gm add-van vial, 1 gm vial, 2 gm add-vant vial, 2 gm vial, 10 gm bottle, 10 gm bulk vial)	\$0 (Tier 1)	
oxacillin 2 gm/ 50 ml inj	\$0 (Tier 1)	
oxacillin sodium (1 gm add- vantage vl, 1 gm vial, 10 gm vial)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIBACTERIALS		
penicillin g na 5 million unit	\$0 (Tier 1)	
penicillin g potassium (5 million, 20 million)	\$0 (Tier 1)	
penicillin gk-iso-osm dextrose (pen g 2 million unit/50 ml, pen g 3 million unit/50 ml)	\$0 (Tier 1)	
penicillin v potassium (125 mg/5 ml soln, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml soln, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
piperacillin-tazobactam (piperacil-tazo 2.25 gm add vl, piperacil-tazo 3.375 gm add vl, piperacil-tazo 4.5 gm add vial, piperacil-tazobact 2.25 gm vl, piperacil-tazobact 3.375 gm vl, piperacil-tazobact 4.5 gm vial, piperacil-tazobact 13.5 gm vl, piperacil-tazobact 40.5 gram)	\$0 (Tier 1)	
CARBAPENEMS		
ertapenem 1 gram vial	\$0 (Tier 1)	
imipenem-cilastatin sodium (250 mg vl, 500 mg vl)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIBACTERIALS		
meropenem (iv 1 gm vial, iv 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
VABOMERE 2 GRAM VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
MACROLIDES		
azithromycin (100 mg/5 ml susp, 200 mg/5 ml susp, 250 mg tablet, 500 mg add-van vl, 500 mg tablet, i.v. 500 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 250 mg tablet (dose pack)	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 500 mg tablet (dose pack)	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
clarithromycin (125 mg/5 ml sus, 250 mg tablet, 250 mg/5 ml sus, 500 mg tablet)	\$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)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIBACTERIALS		
erythromycin (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
QUINOLONES		
BAXDELA (300 MG VIAL, 450 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (28 per 14 days)
ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w	\$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin hcl (500 mg tab, 750 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin hcl 250 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
levofloxacin (25 mg/ml solution, 250 mg tablet, 250 mg/10 ml soln, 500 mg tablet, 500 mg/20 ml soln, 750 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
levofloxacin-d5w (500 mg/100 ml-d5w, 750 mg/150 ml-d5w)	\$0 (Tier 1)	
moxifloxacin 400 mg/250 ml bag	\$0 (Tier 1)	
moxifloxacin hcl 400 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ofloxacin (300 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

		f which his is but
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIBACTERIALS	,	
SULFONAMIDES		
sodium sulfacetamide 10% lot	\$0 (Tier 1)	
sulfacetamide sodium (sod 10% top susp, sodium 10% lotn)	\$0 (Tier 1)	
sulfadiazine 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim (20 ml cup, ds tablet, ss tablet, susp)	\$0 (Tier 1)	
TETRACYCLINES		
demeclocycline hcl (150 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
DOXY 100 MG VIAL	\$0 (Tier 1)	
doxycycline hyclate (hyc 100 mg vial, hyclate 100 mg cap, hyclate 100 mg tab, hyclate 100 mg vl)	\$0 (Tier 1)	
doxycycline monohydrate (25 mg/5 ml susp, mono 50 mg tablet, mono 75 mg tablet, mono 100 mg cap, mono 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIBACTERIALS		
minocycline hcl (50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
tetracycline hcl (250 mg capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
divalproex sodium (dr 125 mg cap sprnk, sod dr 125 mg tab, sod dr 250 mg tab, sod dr 500 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 40 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTICONVULSANTS		
divalproex sodium er (er 250 mg tab, er 500 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA NSO
felbamate (400 mg tablet, 600 mg tablet, 600 mg/5 ml susp, 600 mg/5 ml susp cup)	\$0 (Tier 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	QL (360 per 30 days), PA NSO
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (680 per 28 days)
lamotrigine (5 mg disper tablet, 25 mg disper tab, 25 mg tablet, 25 mg tb start kit, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
lamotrigine tab start kit-blue	\$0 (Tier 1)	
lamotrigine tab start kt-green	\$0 (Tier 1)	
lamotrigine tab start kt-orang	\$0 (Tier 1)	
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)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTICONVULSANTS		
levetiracetam er 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
levetiracetam er 750 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
perampanel (8 mg tablet, 10 mg tablet, 12 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
perampanel 2 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
perampanel 4 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
perampanel 6 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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)	
topiramate (15 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTICONVULSANTS		
topiramate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
topiramate 25 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	PA NSO
valproic acid (250 mg capsule, 250 mg/5 ml cup, 250 mg/5 ml soln, 500 mg/10 ml cup, 500 mg/10 ml sol)	\$0 (Tier 1)	
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGEN	TS	
ethosuximide (250 mg capsule, 250 mg/5 ml soln)	\$0 (Tier 1)	
methsuximide 300 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA)	MODULATING AGE	INTS
clobazam (2.5 mg/ml suspension, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
clonazepam (0.25 mg odt, 2 mg odt)	\$0 (Tier 1)	
clonazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTICONVULSANTS		
clonazepam 0.125 mg odt	\$0 (Tier 1)	
clonazepam 0.5 mg odt	\$0 (Tier 1)	
clonazepam 1 mg odt	\$0 (Tier 1)	
clonazepam 2 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium (3.75 mg tablet, 7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
diazepam (2.5 mg rectal gel 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))	\$0 (Tier 1)	
gabapentin (100 mg capsule, 300 mg capsule, 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
gabapentin (250 mg/5 ml soln, 250 mg/5ml soln cup, 300 mg/6 ml soln, 300 mg/6ml soln cup)	\$0 (Tier 1)	QL (2400 per 30 days)
gabapentin 400 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
gabapentin 800 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTICONVULSANTS		
NAYZILAM 5 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 28 days), PA NSO
phenobarbital (15 mg tablet, 16.2 mg tablet, 20 mg/5 ml cup, 20 mg/5 ml soln, 30 mg tablet, 30 mg/7.5 ml cup, 32.4 mg tablet, 60 mg tablet, 60 mg/15 ml cup, 64.8 mg tablet, 97.2 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
pregabalin (150 mg capsule, 200 mg capsule, 225 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pregabalin (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
pregabalin 20 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (960 per 30 days)
primidone (50 mg tablet, 125 mg tablet, 250 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
tiagabine hcl (2 mg tablet, 4 mg tablet, 12 mg tablet, 16 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
vigabatrin 500 mg powder packt	\$0 (Tier 1)	PA NSO
vigabatrin 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
VIGADRONE 500 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
VIGAFYDE 100 MG/ML ORAL SOLN	\$0 (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		
carbamazepine (100 mg tab chew, 100 mg/5 ml susp, 200 mg tab chew, 200 mg tablet, 200 mg/10 ml cup)	\$0 (Tier 1)	
carbamazepine er (er 100 mg cap, er 100 mg tablet, er 200 mg cap, er 200 mg tablet, er 300 mg cap, er 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTICONVULSANTS		
DILANTIN (30 MG CAPSULE, 50 MG INFATAB, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN 125 MG/5 ML SUSP	\$0 (Tier 1)	
eslicarbazepine 800 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
eslicarbazepine acetate (200 mg tablet, 400 mg tablet, 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
lacosamide (10 mg/ml solution, 50 mg/5 ml cup, 100 mg/10 ml cup, 150 mg/15 ml cup, 200 mg/20 ml cup)	\$0 (Tier 1)	
lacosamide (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
oxcarbazepine (150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/5 ml cup, 300 mg/5 ml susp, 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
PHENYTEK (200 MG CAPSULE, 300 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTICONVULSANTS		
phenytoin (50 mg infatab chew, 50 mg tablet chew, 100 mg/4 ml susp cup, 125 mg/5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	
phenytoin sod ext 100 mg cap	\$0 (Tier 1)	
rufinamide (40 mg/ml suspension, 200 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
XCOPRI (12.5-25 MG PK, 50- 100 MG PAK, 150-200 MG PK)	\$0 (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
zonisamide (25 mg capsule, 50 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIDEMENTIA AGENTS		
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
ADLARITY (5 MG/DAY PATCH, 10MG/DAY PATCH)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (4 per 28 days)
donepezil hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 23 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
donepezil hcl odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
galantamine 4 mg/ml oral soln	\$0 (Tier 1)	QL (200 per 30 days)
galantamine er (er 8 mg capsule, er 16 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
galantamine er 24 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
galantamine hbr (4 mg tablet, 8 mg tablet, 12 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
rivastigmine (1.5 mg capsule, 3 mg capsule, 4.5 mg capsule, 6 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
rivastigmine (4.6 mg/24hr patch, 9.5 mg/24hr patch, 13.3 mg/24hr ptch)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
memantine hcl (2 mg/ml solution, 10 mg/5 ml cup)	\$0 (Tier 1)	QL (480 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIDEMENTIA AGENTS		
memantine hcl (5-10 mg titration pk, hcl 5 mg tablet, hcl 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
memantine hcl er (er 14 mg capsule, er 21 mg capsule, er 28 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
memantine hcl er 7 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIDEPRESSANTS		
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY ER 45-105 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
bupropion hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

bupropion hcl 75 mg tablet

bupropion hcl sr (sr 100 mg tablet, sr 150 mg tablet, sr 200

bupropion xl (150 mg tablet, 300

mg tablet)

mg tablet)

يمكنك العثور على معلومات حول معنى الرموز والاختصارات في هذا الجدول بالانتقال إلى قائمة الاختصارات في الصفحة 20.

\$0 (Tier 1)

\$0 (Tier 1)

\$0 (Tier 1)

QL (90 per 30 days)

QL (60 per 30 days)

QL (30 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 50 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIDEPRESSANTS		
mirtazapine (7.5 mg tablet, 15 mg odt, 15 mg tablet, 30 mg odt, 30 mg tablet, 45 mg odt, 45 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 mg, 12-25 mg, 12-50 mg)	\$0 (Tier 1)	
perphenazine-amitriptyline (2 mg-10 mg tab, 2 mg-25 mg tab, 4 mg-10 mg tab, 4 mg-25 mg tab, 4 mg-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ZURZUVAE (20 MG CAPSULE, 25 MG CAPSULE)	\$0 (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)	
phenelzine sulfate 15 mg tab	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIDEPRESSANTS		
tranylcypromine sulf 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBIT		ITOR/SEROTONIN AND
citalopram hbr (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
citalopram hbr (10 mg/5 ml soln, 20 mg/10 ml cup)	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
desvenlafaxine er (er 50 mg tab, er 50 mg tablet)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
desvenlafaxine er 100 mg tab	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
desvenlafaxine succinate er (er 25 mg, er 50 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
desvenlafaxine succnt er 100mg	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE (DR 20 MG CAP, DR 30 MG CAP, DR 40 MG CAP, DR 60 MG CAP)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
duloxetine hcl (dr 20 mg cap, dr 30 mg cap, dr 60 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
escitalopram oxalate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIDEPRESSANTS		
escitalopram oxalate (oxalate 5 mg/5 ml, 10 mg/10 ml cup)	\$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
fluoxetine hcl (10 mg capsule, 10 mg tablet, 40 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
fluoxetine hcl (20 mg capsule, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
fluoxetine hcl (20 mg/5 ml soln cup, 20 mg/5 ml solution)	\$0 (Tier 1)	QL (600 per 30 days)
fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
nefazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIDEPRESSANTS		
nefazodone hcl 150 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
paroxetine hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
paroxetine hcl 10 mg/5 ml susp	\$0 (Tier 1)	PA NSO
paroxetine hcl 30 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
pmdd fluoxetine 10mg tablet	\$0 (Tier 1)	
pmdd fluoxetine 20mg tablet	\$0 (Tier 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA NSO
sertraline 20 mg/ml oral conc	\$0 (Tier 1)	QL (300 per 30 days)
sertraline hcl (25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
sertraline hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
trazodone hcl (50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
TRINTELLIX (5 MG TABLET, 10 MG TABLET, 20 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIDEPRESSANTS		
venlafaxine bes er 112.5 mg tb	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
venlafaxine hcl (25 mg tablet, 37.5 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap, er 75 mg cap, er 150 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
venlafaxine hcl er (er 37.5 mg tab, er 75 mg tab, er 225 mg tab)	\$0 (Tier 1)	ST, QL (30 per 30 days)
venlafaxine hcl er 150 mg tab	\$0 (Tier 1)	ST, QL (60 per 30 days)
vilazodone hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
TRICYCLICS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
amoxapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIDEPRESSANTS		
clomipramine hcl (25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
desipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
doxepin hcl (10 mg capsule, 10 mg/ml oral conc, 25 mg capsule, 50 mg capsule, 75 mg capsule, 100 mg capsule, 150 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
imipramine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
nortriptyline hcl (10 mg/5 ml soln, hcl 10 mg cap, 20 mg/10 ml soln, hcl 25 mg cap, hcl 50 mg cap, hcl 75 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
protriptyline hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIDEPRESSANTS		
trimipramine maleate 100 mg cp	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIEMETICS		
ANTIEMETICS, OTHER		
GIMOTI 15 MG NASAL SPRAY	\$0 (Tier 2)	PA, QL (9.8 per 28 days)
meclizine hcl (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
metoclopramide hcl (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln, 10 mg tablet, 10 mg/10 ml cup, 10 mg/10 ml sol)	\$0 (Tier 1)	
prochlorperazine 25 mg supp	\$0 (Tier 1)	
prochlorperazine maleate (5 mg tablet, 10 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppository)	\$0 (Tier 1)	
promethazine hcl (6.25 mg/5 ml cup, 6.25 mg/5 ml soln, 6.25 mg/5 ml syrp, 12.5 mg tablet, 12.5 mg/10 ml cup, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIEMETICS		
PROMETHEGAN (25 MG, 50 MG)	\$0 (Tier 1)	
scopolamine 1 mg/3 day patch	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
trimethobenzamide 300 mg cap	\$0 (Tier 1)	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
aprepitant (80 mg capsule, 125 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (12 per 30 days)
aprepitant 125-80-80 mg pack	\$0 (Tier 1)	PA
aprepitant 40 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (10 per 30 days)
dronabinol (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA
granisetron hcl 1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
ondansetron hcl (4 mg tablet, 8 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ondansetron hcl (4 mg/5 ml soln cup, 4 mg/5 ml solution)	\$0 (Tier 1)	
ondansetron odt (odt 4 mg tablet, odt 8 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIFUNGALS		
ANTIFUNGALS		
amphotericin b 50 mg vial	\$0 (Tier 1)	PA
amphotericin b liposome 50 mg	\$0 (Tier 1)	PA
caspofungin acetate (50 mg vial, 70 mg vial)	\$0 (Tier 1)	PA
clotrimazole (1% solution, 1% topical cream, 10 mg lozenge, 10 mg troche)	\$0 (Tier 1)	
ERAXIS (50 MG VIAL, 100 MG VIAL)	\$0 (Tier 2)	PA
fluconazole (10 mg/ml susp, 40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
fluconazole 150 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 30 days)
fluconazole-nacl (200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml)	\$0 (Tier 1)	
fluconazole-ns 200 mg/100 ml	\$0 (Tier 1)	
flucytosine (250 mg capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIFUNGALS		
griseofulvin (125 mg/5 ml susp, micro 500 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
itraconazole (10 mg/ml solution, 100 mg capsule, 100 mg/10 ml cup)	\$0 (Tier 1)	
ketoconazole (2% cream, 2% shampoo, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
KLAYESTA 100,000 UNIT/GM POWD	\$0 (Tier 1)	
micafungin (50 mg vial, 100 mg vial)	\$0 (Tier 1)	
miconazole 3 200 mg vag supp	\$0 (Tier 1)	
NYAMYC 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
nystatin (100,000 unit/gm cream, 100,000 unit/gm oint, 100,000 unit/gm powd, 100,000 unit/ml susp, 500,000 unit oral tab, 500,000 unit/5 ml cup, 500,000 unit/5 ml sus)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIFUNGALS		
NYSTOP 100,000 UNIT/GM POWDER	\$0 (Tier 1)	
posaconazole (dr 100 mg tablet, 200 mg/5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	PA
terbinafine hcl 250 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
terconazole (0.4% cream, 0.8% cream, 80 mg suppository)	\$0 (Tier 1)	
voriconazole (40 mg/ml susp, 50 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
voriconazole 200 mg vial	\$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIGOUT AGENTS		
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol (100 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
colchicine (0.6 mg capsule, 0.6 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIGOUT AGENTS		
GLOPERBA 0.6 MG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, QL (300 per 30 days)
probenecid 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
probenecid-colchicine tablet	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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		
dihydroergotamine 4 mg/ml spry	\$0 (Tier 1)	PA
MIGERGOT (, 2-100 MG)	\$0 (Tier 1)	QL (24 per 30 days)
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONI	STS	
naratriptan 1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
naratriptan 2.5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
rizatriptan (5 mg odt, 5 mg tablet, 10 mg odt, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (18 per 28 days)
sumatriptan (5 mg nasal spray, 20 mg nasal spray)	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو
,	(مستوى الشريحة)	الحدود القصىوى للاستخدام
ANTIMIGRAINE AGENTS		
sumatriptan succinate (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (9 per 30 days)
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)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
zolmitriptan (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)
zolmitriptan odt (2.5 mg odt, 5 mg odt)	\$0 (Tier 1)	QL (6 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
PARASYMPATHOMIMETICS		
pyridostigmine bromide (br 30 mg tablet, 60 mg/5 ml cup, 60 mg/5 ml soln, br 60 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
pyridostigmine er 180 mg tab	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 64 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIMYASTHENIC AGENTS		
VYVGART HYTRULO 1,000MG- 10,000	\$0 (Tier 2)	PA, QL (20 per 28 days)
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIMYCOBACTERIALS		
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
dapsone (25 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
rifabutin 150 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
ANTITUBERCULARS		
ethambutol hcl (100 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
isoniazid (50 mg/5 ml solution, 100 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
PRIFTIN 150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
pyrazinamide 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
rifampin (150 mg capsule, 300 mg capsule, iv 600 mg vial)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 65 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIMYCOBACTERIALS		
SIRTURO (20 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTINEOPLASTICS		
ALKYLATING AGENTS		
cyclophosphamide (25 mg capsule, 25 mg tablet, 50 mg capsule, 50 mg tablet)	\$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		
abiraterone acetate 250 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
abiraterone acetate 500 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTINEOPLASTICS		
ABIRTEGA 250 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
bicalutamide 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
ERLEADA 240 MG TABLET	\$0 (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
nilutamide 150 mg tablet	\$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		
lenalidomide (2.5 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule, 15 mg capsule, 25 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	LA, PA NSO

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	
tamoxifen citrate (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
toremifene citrate 60 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA NSO
ANTIMETABOLITES		
mercaptopurine (20 mg/ml suspen, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ONUREG (200 MG TABLET, 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA NSO

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
hydroxyurea 500 mg capsule	\$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام		
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				
anastrozole 1 mg tablet	\$0 (Tier 1)			

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTINEOPLASTICS		
exemestane 25 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
letrozole 2.5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
AKEEGA (50-500 MG TABLET, 100-500 MG TABLET)	\$0 (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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام		
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		

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
dasatinib (20 mg tablet, 50 mg tablet, 80 mg tablet, 100 mg tablet, 140 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
dasatinib 70 mg tablet	\$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)	
erlotinib hcl (25 mg tablet, 100 mg tablet, 150 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
everolimus (2 mg tab for susp, 2.5 mg tablet, 3 mg tab for susp, 5 mg tab for susp, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
gefitinib 250 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
GILOTRIF (20 MG TABLET, 30 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
imatinib mesylate (100 mg tab, 400 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
IMBRUVICA (70 MG CAPSULE, 140 MG TABLET, 280 MG TABLET, 420 MG TABLET)	\$0 (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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
lapatinib 250 mg tablet	\$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
pazopanib hcl 200 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO

كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
\$0 (Tier 2)	QL (14 per 21 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (8 per 28 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
	\$0 (Tier 2)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
sorafenib 200 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days), PA NSO
STIVARGA 40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (84 per 28 days), PA NSO
sunitinib malate (12.5 mg cap, 25 mg capsule, 37.5 mg cap, 50 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

كم سيكافك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (28 per 28 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (56 per 28 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (300 per 30 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days), PA NSO
\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
	\$0 (Tier 2)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTINEOPLASTICS		
XALKORI (200 MG CAPSULE, 250 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days), PA NSO
XALKORI 150 MG PELLET	\$0 (Tier 2)	QL (180 per 30 days), PA NSO
XALKORI 20 MG PELLET	\$0 (Tier 2)	QL (240 per 30 days), PA NSO
XALKORI 50 MG PELLET	\$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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		
bexarotene (1% gel, 75 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
PANRETIN 0.1% GEL	\$0 (Tier 2)	
tretinoin 10 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
TREATMENT ADJUNCTS		
HEMADY 20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA NSO
leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
mesna 400 mg tablet	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكافك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIPARASITICS		
ANTHELMINTHICS		
albendazole 200 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
ivermectin 3 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
praziquantel 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
ANTIPROTOZOALS		
atovaquone (750 mg/5 ml susp, 750 mg/5ml susp cup, 1,500 mg/10 ml cup)	\$0 (Tier 1)	PA
atovaquone-proguanil hcl (62.5- 25, 250-100)	\$0 (Tier 1)	
chloroquine phosphate (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
COARTEM TABLETS	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 3 days)
hydroxychloroquine 200 mg tab	\$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)
mefloquine hcl 250 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
nitazoxanide 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIPARASITICS		
pentamidine isethionate (300 mg inhal powdr, 300 mg inject vial)	\$0 (Tier 1)	
primaquine 26.3 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
pyrimethamine 25 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
quinine sulfate 324 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIPARKINSON AGENTS		
ANTICHOLINERGICS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
trihexyphenidyl hcl (2 mg tablet, 2 mg/5 ml soln, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
amantadine (50 mg/5 ml solution, 100 mg capsule, 100 mg tablet, 100 mg/10 ml cup, 100 mg/10 ml soln)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIPARKINSON AGENTS		
carbidopa-levodopa-entacapone (50, 75, 100, 125, 150, 200)	\$0 (Tier 1)	
entacapone 200 mg tablet	\$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)
tolcapone 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
DOPAMINE AGONISTS		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tablet, 5 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
NEUPRO (1 MG/24 HR PATCH, 2 MG/24 HR PATCH, 3 MG/24 HR PATCH, 4 MG/24 HR PATCH, 6 MG/24 HR PATCH, 8 MG/24 HR PATCH)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ONAPGO 98 MG/20 ML CARTRIDGE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
pramipexole 0.75 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)
pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

	كم سيكلفك الدواء	الإجراءات الضرورية أو القيود أو
اسم الدواء	(مستوى الشريحة)	الحدود القصوى للاستخدام
ANTIPARKINSON AGENTS		
ropinirole hcl (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-A	AMINO ACID DECAF	RBOXYLASE INHIBITORS
carbidopa 25 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
carbidopa-levodopa (carbidopa- levo 10-100 mg odt, carbidopa- levo 25-100 mg odt, carbidopa- levo 25-250 mg odt, carbidopa- levodopa 10-100 tab, carbidopa- levodopa 25-100 tab, carbidopa- levodopa 25-250 tab)	\$0 (Tier 1)	
carbidopa-levodopa er (er 25- 100 tab, er 50-200 tab)	\$0 (Tier 1)	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHI	BITORS	
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
selegiline hcl (5 mg capsule, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 90 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIPSYCHOTICS		
1ST GENERATION/TYPICAL		
chlorpromazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 30 mg/ml conc, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 100 mg/ml conc, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
fluphenazine dec 125 mg/5 ml	\$0 (Tier 1)	
fluphenazine hcl (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 2.5 mg/5 ml elix, 2.5 mg/ml vial, 5 mg tablet, 5 mg/ml conc, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
haloperidol (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
haloperidol dec 100 mg/ml amp	\$0 (Tier 1)	
haloperidol decanoate (50 mg/ml ampul, 50 mg/ml vial, 100 mg/ml amp, 100 mg/ml vial, 250 mg/5 ml vl, 500 mg/5 ml vl)	\$0 (Tier 1)	
haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml ampul, 5 mg/ml vial, 10 mg/5 ml cup, 50 mg/10 ml vl)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIPSYCHOTICS		
loxapine (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule, 50 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
molindone hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
perphenazine (2 mg tablet, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
pimozide (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
thioridazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
thiothixene (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
trifluoperazine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML	\$0 (Tier 2)	QL (2.4 per 42 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
aripiprazole (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
aripiprazole 1 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
aripiprazole odt (odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ARISTADA ER 1064 MG/3.9 ML SYR	\$0 (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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIPSYCHOTICS		
ARISTADA INITIO ER 675 MG/2.4	\$0 (Tier 2)	QL (4.8 per 365 days)
asenapine maleate (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
CAPLYTA (10.5 MG CAPSULE, 21 MG CAPSULE, 42 MG CAPSULE)	\$0 (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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIPSYCHOTICS		
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML	\$0 (Tier 2)	QL (2.63 per 70 days)
lurasidone hcl (20 mg tablet, 40 mg tablet, 60 mg tablet, 120 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lurasidone hcl 80 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LYBALVI (5-10 MG TABLET, 10- 10 MG TABLET, 15-10 MG TABLET, 20-10 MG TABLET)	\$0 (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
olanzapine (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 10 mg vial, 15 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
olanzapine odt (odt 5 mg tablet, odt 10 mg tablet, odt 15 mg tablet, odt 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO
OPIPZA 10 MG FILM	\$0 (Tier 2)	QL (90 per 30 days), PA NSO

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIPSYCHOTICS		
paliperidone er (er 1.5 mg tablet, er 3 mg tablet, er 9 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
paliperidone er 6 mg tablet	\$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
quetiapine fumarate (fumarate 25 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 50 mg tab, fumarate 100 mg tab, 150 mg tablet, fumarate 200 mg tab, fumarate 400 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
quetiapine fumarate er (er 150 mg tablet, er 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
quetiapine fumarate er (er 50 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
REXULTI (0.25 MG TABLET, 0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 2 MG TABLET, 3 MG TABLET, 4 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days), PA NSO

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIPSYCHOTICS		
risperidone (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
risperidone 1 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
risperidone er (er 12.5 mg vial, er 25 mg vial, er 37.5 mg vial, er 50 mg vial)	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 28 days)
risperidone odt (0.25 mg odt, 0.5 mg odt, 1 mg odt, 2 mg odt, 3 mg odt, 4 mg odt)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
SECUADO (3.8 MG/24 HR PATCH, 5.7 MG/24 HR PATCH, 7.6 MG/24 HR PATCH)	\$0 (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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
ziprasidone 20 mg/ml vial	\$0 (Tier 1)	
ziprasidone hcl (20 mg capsule, 40 mg capsule, 60 mg capsule, 80 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
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		
clozapine (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
clozapine odt (odt 12.5 mg tablet, odt 25 mg tablet, odt 100 mg tablet, odt 150 mg tablet, odt 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

كم سيكافك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام	
\$0 (Tier 2)		
كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام	
\$0 (Tier 1)		
\$0 (Tier 1)		
\$0 (Tier 1)		
كم سيكافك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام	
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
\$0 (Tier 2)	PA, QL (336 per 28 days)	
	\$0 (Tier 2) \$0 (Tier 2) \$م سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة) \$0 (Tier 1) \$0 (Tier 1) \$م سيكلفك الدواء كم سيكلفك الدواء كم سيكلفك الدواء كم سيكلفك الدواء	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 100 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIVIRALS		
PREVYMIS (240 MG TABLET, 480 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
valganciclovir 450 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (102 per 30 days), PA NSO
valganciclovir hcl 50 mg/ml	\$0 (Tier 1)	
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
entecavir (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
lamivudine 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA NSO
tenofovir disop fum 300 mg tb	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
VEMLIDY 25 MG TABLET	\$0 (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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 101 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIVIRALS		
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (56 per 28 days)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
MAVYRET 100-40 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (84 per 28 days)
MAVYRET 50-20 MG PELLET PACKET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (140 per 28 days)
ribavirin (200 mg capsule, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
sofosbuvir-velpatasvir 400-100	\$0 (Tier 1)	PA, QL (28 per 28 days)
SOVALDI (150 MG PELLET PACKET, 200 MG PELLET PACKET, 200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIVIRALS		
EDURANT PED 2.5MG TAB FOR SUSP	\$0 (Tier 2)	
efavir-emtri-tenof 600-200-300	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
efavirenz 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
efavirenz-lamivu-tenofov disop (400-300-300, 600-300-300)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
emtricit-rilp-tenof 200-25-300	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
etravirine (100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
INTELENCE 25 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (120 per 30 days)
nevirapine (50 mg/5 ml susp, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
nevirapine er 400 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
PIFELTRO 100 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
abacavir 20 mg/ml solution	\$0 (Tier 1)	QL (900 per 30 days)
abacavir 300 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIVIRALS		
abacavir-lamivudine 600-300 mg	\$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)
emtricitabine 200 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
emtricitabine-tenofovir disop (100-150mg, 133-200mg, 167- 250mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
emtricitabine-tenofv 200-300mg	\$0 (Tier 1)	
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
lamivudine (10 mg/ml oral soln, 150 mg tablet, 300 mg tablet, 300 mg/30ml sol cup)	\$0 (Tier 1)	
lamivudine-zidovudine tablet	\$0 (Tier 1)	
ODEFSEY TABLET	\$0 (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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIVIRALS		
zidovudine (50 mg/5 ml syrup, 100 mg capsule, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
maraviroc 150 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
maraviroc 300 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
RUKOBIA ER 600 MG TABLET	\$0 (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 INHIBIT	ORS (PI)	
APTIVUS 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
darunavir (600 mg tablet, 800 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIVIRALS		
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
fosamprenavir 700 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
KALETRA 80 MG-20 MG/ML SOLN	\$0 (Tier 2)	
lopinavir-ritonavir (100-25mg tb, 200-50mg tb)	\$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)	
ritonavir 100 mg tablet	\$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)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIVIRALS		
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
oseltamivir 6 mg/ml suspension	\$0 (Tier 1)	QL (1050 per 180 days)
oseltamivir phos 30 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (84 per 180 days)
oseltamivir phosphate (45 mg capsule, 75 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (42 per 180 days)
RELENZA 5 MG DISKHALER	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 180 days)
rimantadine hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
XOFLUZA (40 MG TAB (80 MG DOSE), 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 30 days)
XOFLUZA 80 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (1 per 30 days)
ANTIHERPETIC AGENTS		
acyclovir (200 mg capsule, 200 mg/5 ml susp, 400 mg tablet, 800 mg tablet, 800 mg/20ml susp cup)	\$0 (Tier 1)	
acyclovir sodium (500 mg/10 ml vial, 1,000 mg/20 ml vial)	\$0 (Tier 1)	PA
famciclovir (250 mg tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 108 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكافك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANTIVIRALS		
famciclovir 125 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
penciclovir 1% cream	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
valacyclovir (1 gram tablet, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
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)
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANXIOLYTICS		
ANXIOLYTICS, OTHER		
buspirone hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet, 15 mg tablet, 30 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 109 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANXIOLYTICS		
hydroxyzine 2 mg/ml oral solution	\$0 (Tier 1)	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
hydroxyzine pamoate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)	\$0 (Tier 1)	PA
meprobamate (200 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
BENZODIAZEPINES		
alprazolam (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
alprazolam 2 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
chlordiazepoxide hcl (5 mg capsule, 10 mg capsule, 25 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
diazepam (2 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
diazepam (5 mg/5 ml oral cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/ml oral conc, 25 mg/5 ml oral conc)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 110 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ANXIOLYTICS		
lorazepam (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
lorazepam 2 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (150 per 30 days)
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML	\$0 (Tier 1)	
oxazepam (10 mg capsule, 15 mg capsule, 30 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
BIPOLAR AGENTS		
MOOD STABILIZERS		
lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
lithium carbonate er (er 300 mg tb, er 450 mg tb)	\$0 (Tier 1)	
lithium citrate (8 meq/5 ml soln cup, 8 meq/5 ml solution)	\$0 (Tier 1)	QL (1000 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 111 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
alogliptin (6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
alogliptin-metformin (12.5-1000, 12.5-500)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
colesevelam hcl 3.75 g packet	\$0 (Tier 1)	
FARXIGA (5 MG TABLET, 10 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
glimepiride (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
glimepiride 4 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
glipizide 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
glipizide 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
glipizide er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
glipizide er 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
glipizide xl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
glipizide xl 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
glipizide-metformin (2.5-500 mg, 5-500 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
glipizide-metformin 2.5-250 mg	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
glyburid-metformin 1.25-250 mg	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
glyburide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
glyburide 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (240 per 30 days)
glyburide-metformin hcl (2.5-500 mg, 5-500 mg)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)
INVOKAMET (50-1,000 MG TABLET, 50-500 MG TABLET, 150-1,000 MG TABLET, 150-500 MG TABLET)	\$0 (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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 113 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
metformin hcl (750 mg tablet, 850 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
metformin hcl 1,000 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
metformin hcl 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
metformin hcl er 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
metformin hcl er 750 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
MOUNJARO (2.5 MG/0.5 ML PEN, 5 MG/0.5 ML PEN, 7.5 MG/0.5 ML PEN, 10 MG/0.5 ML PEN, 12.5 MG/0.5 ML PEN, 15 MG/0.5 ML PEN)	\$0 (Tier 2)	QL (2 per 28 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 114 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
BLOOD GLUCOSE REGULATORS		
nateglinide (60 mg tablet, 120 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25-0.5 PEN, 1 (4 MG/3 ML), 2 (8 MG/3 ML))	\$0 (Tier 2)	QL (3 per 28 days)
pioglitazone hcl (15 mg tablet, 30 mg tablet, 45 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
repaglinide (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
repaglinide 0.5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 115 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
diazoxide 50 mg/ml oral susp	\$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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 116 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 117 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 118 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء	الإجراءات الضرورية أو القيود أو
· ·	(مستوى الشريحة)	الحدود القصوى للاستخدام
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)
insulin aspart 100 unit/ml crt	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin aspart 100 unit/ml pen	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin aspart 100 unit/ml vl	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin aspart prot mix 70-30 (mix70-30 pn, mix70-30 vl)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin glargine max solo u300	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin glargine solostar u300	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin glargine-yfgn (u100 pen, u100 vl)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro 100 unit/ml pen	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro 100 unit/ml vl	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro jr 100 unit/ml	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
insulin lispro mix 75-25 kwkpn	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
LANTUS 100 UNIT/ML VIAL	\$0 (Tier 2)	ST, QL (60 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
ANTICOAGULANTS		
dabigatran etexilate (75 mg cap, 110 mg cp, 150 mg cp)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS (2.5 MG TABLET, 5 MG TABLET, DVT-PE TREAT START 5MG)	\$0 (Tier 2)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 121 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr	\$0 (Tier 1)	QL (8.4 per 30 days)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr	\$0 (Tier 1)	QL (11.2 per 30 days)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr	\$0 (Tier 1)	QL (16.8 per 30 days)
enoxaparin sodium (100 mg/ml syringe, 150 mg/ml syringe)	\$0 (Tier 1)	QL (28 per 30 days)
enoxaparin sodium (80 mg/0.8 ml syr, 120 mg/0.8 ml syr)	\$0 (Tier 1)	QL (22.4 per 30 days)
fondaparinux sodium (2.5 mg/0.5 ml syr, 5 mg/0.4 ml syr, 7.5 mg/0.6 ml syr, 10 mg/0.8 ml syr)	\$0 (Tier 1)	
FRAGMIN (10,000 UNIT/ML SYRINGE, 10,000 UNITS/ML SYRING)	\$0 (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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
heparin sodium (sod 1,000 unit/ml vial, sod 5,000 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/5 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
jantoven (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
rivaroxaban (1 mg/ml suspension, 2.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
warfarin sodium (1 mg tablet, 2 mg tablet, 2.5 mg tablet, 3 mg tablet, 4 mg tablet, 5 mg tablet, 6 mg tablet, 7.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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	
anagrelide hcl (0.5 mg capsule, 1 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
ARANESP (10 MCG/0.4 ML SYRINGE, 25 MCG/0.42 ML SYRING, 25 MCG/ML VIAL, 40 MCG/0.4 ML SYRINGE, 40 MCG/ML VIAL, 60 MCG/0.3 ML SYRINGE, 60 MCG/ML VIAL, 100 MCG/0.5 ML SYRINGE, 100 MCG/ML VIAL, 150 MCG/0.3 ML SYRINGE, 200 MCG/0.4 ML SYRINGE, 200 MCG/ML VIAL, 300 MCG/0.6 ML SYRINGE, 500 MCG/1 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
eltrombopag 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
eltrombopag 75 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 124 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
eltrombopag olamine (12.5 mg susp pkt, 12.5 mg tablet, 25 mg susp packet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
EPOGEN (2,000 UNITS/ML VIAL, 3,000 UNITS/ML VIAL, 4,000 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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 125 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
NIVESTYM (300 MCG/0.5 ML SYRING, 300 MCG/ML VIAL, 480 MCG/0.8 ML SYRING, 480 MCG/1.6 ML VIAL)	\$0 (Tier 1)	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6 ML SYRINGE	\$0 (Tier 1)	PA
PROCRIT (2,000 UNITS/ML VIAL, 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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 126 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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		
tranexamic acid 650 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridam er 25-200 mg	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
BRILINTA (60 MG TABLET, 90 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
CABLIVI 11 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
cilostazol (50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 127 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS		
clopidogrel 75 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
dipyridamole (25 mg tablet, 50 mg tablet, 75 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DOPTELET ((10 TAB PK) 20 MG TAB, (15 TAB PK) 20 MG TAB)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (15 per 5 days)
DOPTELET (30 TAB PK) 20 MG TAB	\$0 (Tier 2)	PA
prasugrel hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
TAVALISSE (100 MG TABLET, 150 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
clonidine (0.1 patch, 0.2 patch, 0.3 patch)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
clonidine hcl (0.1 mg tablet, 0.2 mg tablet, 0.3 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
droxidopa (100 mg capsule, 200 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (84 per 14 days)
guanfacine hcl (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
midodrine hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGEN	NTS	
doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
phenoxybenzamine hcl 10 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA
prazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
terazosin hcl (1 mg capsule, 2 mg capsule, 5 mg capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan cilexetil (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tb, 32 mg tb)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
irbesartan (75 mg tablet, 150 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 129 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
telmisartan (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
valsartan (40 mg tablet, 80 mg tablet, 160 mg tablet, 320 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME	(ACE) INHIBITORS	
benazepril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
benazepril hcl 40 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
enalapril maleate (2.5 mg tab, 5 mg tablet, 10 mg tab, 20 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
lisinopril (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 30 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 130 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
lisinopril 40 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
moexipril hcl (7.5 mg tablet, 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
perindopril erbumine 2 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
perindopril erbumine 4 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (90 per 30 days)
perindopril erbumine 8 mg tab	\$0 (Tier 1)	
quinapril hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ramipril (1.25 mg capsule, 2.5 mg capsule, 5 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ramipril 10 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
trandolapril (1 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
trandolapril 4 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
ANTIARRHYTHMICS		
amiodarone hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 400 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
digoxin 0.05 mg/ml solution	\$0 (Tier 2)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء	الإجراءات الضرورية أو القيود أو
النتم النبواع	(مستوى الشريحة)	الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
digoxin 125 mcg tablet	\$0 (Tier 1)	
digoxin 250 mcg tablet	\$0 (Tier 1)	
disopyramide phosphate (100 mg capsule, 150 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
dofetilide (125 mcg capsule, 250 mcg capsule, 500 mcg capsule)	\$0 (Tier 1)	
flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
mexiletine hcl (150 mg capsule, 200 mg capsule, 250 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (60 per 30 days)
propafenone hcl (150 mg tablet, 225 mg tab, 300 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
propafenone hcl er (er 225 mg cap, er 325 mg cap, er 425 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
quinidine gluc er 324 mg tab	\$0 (Tier 1)	
quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
sotalol (80 mg tablet, 120 mg tablet, 160 mg tablet, 240 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
SOTALOL AF (80 MG TABLET, 120 MG TABLET, 160 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGEN	rs	
acebutolol hcl (200 mg capsule, 400 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
atenolol (25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
betaxolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
bisoprolol fumarate (5 mg tab, 10 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
carvedilol (3.125 mg tablet, 6.25 mg tablet, 12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
labetalol hcl (100 mg tablet, 200 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
metoprolol succ er 200 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
metoprolol succinate (er 25 mg tab, er 50 mg tab, er 100 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tb, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
nadolol (20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
nebivolol hcl (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pindolol (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
propranolol hcl (10 mg tablet, 20 mg tablet, 20 mg/5 ml soln, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml soln, 60 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
propranolol hcl er (er 60 mg capsule, er 80 mg capsule, er 120 mg capsule, er 160 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 134 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
timolol maleate (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENT	ΓS, DIHYDROPYRIΩ	DINES
amlodipine besylate (2.5 mg tab, 5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine besylate 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	
felodipine er (er 2.5 mg tablet, er 5 mg tablet, er 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
nifedipine (10 mg capsule, 20 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
nifedipine er (er 30 mg tablet, er 60 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
nifedipine er 90 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
nimodipine 30 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
nimodipine 60 mg/20 ml soln	\$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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 135 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
DILT-XR (120 MG CAPSULE, 180 MG CAPSULE, 240 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
diltiazem 12hr er (12hr er 120 mg cap, 12hr er 60 mg cap, 12hr er 90 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
diltiazem 24hr er (24hr er 120 mg cap, 24hr er 180 mg cap, 24hr er 240 mg cap, 24hr er 300 mg cap, 24hr er 360 mg cap, 24hr er 420 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
diltiazem 24hr er (cd) (24h er(cd) 120 mg cp, 24h er(cd) 180 mg cp, 24h er(cd) 240 mg cp, 24h er(cd) 300 mg cp, 24h er(cd) 360 mg cp)	\$0 (Tier 1)	
diltiazem 24hr er (xr) (24h er(xr) 120 mg cp, 24h er(xr) 180 mg cp, 24h er(xr) 240 mg cp)	\$0 (Tier 1)	
diltiazem hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet, 120 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
TIADYLT ER (ER 120 MG CAPSULE, ER 180 MG CAPSULE, ER 240 MG CAPSULE, ER 300 MG CAPSULE, ER 360 MG CAPSULE, ER 420 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	
verapamil er (er 120 mg capsule, er 120 mg tablet, er 180 mg capsule, er 180 mg tablet, er 240 mg capsule, er 240 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
verapamil er pm (er 100 mg capsule, er 200 mg capsule, er 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
verapamil hcl (40 mg tablet, 80 mg tablet, 120 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
verapamil sr (sr 120 mg capsule, sr 180 mg capsule, sr 240 mg capsule, sr 360 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
acetazolamide (125 mg tablet, 250 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
aliskiren (150 mg tablet, 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab	\$0 (Tier 1)	
amlodipine besylate-benazepril (2.5-10, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg, 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-olmesartan (5-20 mg, 5-40 mg, 10-20 mg, 10-40 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-valsartan (5-160 mg, 5-320 mg, 10-160 mg, 10-320 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
amlodipine-valsartan-hctz (5- 160-12.5 mg, 5-160-25 mg, 10- 160-12.5mg, 10-160-25 mg, 10- 320-25 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
atenolol-chlorthalidone (50-25, 100-25)	\$0 (Tier 1)	
ATTRUBY 356 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
benazepril-hydrochlorothiazide (5-6.25 mg tab, 10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tb, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
CAMZYOS (2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE, 15 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
CORLANOR 5 MG/5 ML ORAL SOLN	\$0 (Tier 2)	PA, QL (560 per 30 days)
digoxin 62.5 mcg tablet	\$0 (Tier 1)	
enalapril-hydrochlorothiazide (5- 12.5 mg tab, 10-25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
FILSPARI (200 MG TABLET, 400 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
fosinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tb, 300-12.5 mg tb)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ivabradine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
losartan-hydrochlorothiazide (50- 12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
metyrosine 250 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
NEXLETOL 180 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
olmesartan-hydrochlorothiazide (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
pentoxifylline er 400 mg tab	\$0 (Tier 1)	
ranolazine er (er 500 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 140 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
sacubitril-valsartan (24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
spironolactone-hctz 25-25 tab	\$0 (Tier 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid (37.5-25 mg cp, 37.5-25 mg tb, 75-50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
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		
bumetanide (0.25 mg/ml vial, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/4 ml vial, 2 mg tablet, 2.5 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 141 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
furosemide (10 mg/ml solution, 20 mg tablet, 20 mg/2 ml vial, 40 mg tablet, 40 mg/4 ml vial, 40 mg/5 ml soln, 80 mg tablet, 100 mg/10 ml vial, 500 mg/50 ml vial, 1,000 mg/100 ml vl)	\$0 (Tier 1)	
torsemide (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
amiloride hcl 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
DIURETICS, THIAZIDE		
chlorthalidone (25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSP	\$0 (Tier 2)	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cp, 12.5 mg tb, 25 mg tab, 50 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
indapamide (1.25 mg tablet, 2.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 142 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكافك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام		
CARDIOVASCULAR AGENTS				
metolazone (2.5 mg tablet, 5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)			
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES				
fenofibrate (48 mg tablet, 54 mg tablet, 145 mg tablet, 160 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)		
fenofibric acid (dr 45 mg cap, dr 135 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)		
gemfibrozil 600 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)		
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS				
atorvastatin calcium (10 mg tablet, 20 mg tablet, 40 mg tablet, 80 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)		
lovastatin (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)		
lovastatin 40 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)		
pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)		
rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)		

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 143 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام		
CARDIOVASCULAR AGENTS				
simvastatin (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)		
simvastatin 20 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (45 per 30 days)		
simvastatin 40 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)		
DYSLIPIDEMICS, OTHER				
cholestyramine (packet, powder)	\$0 (Tier 1)			
cholestyramine light (packet, powder)	\$0 (Tier 1)			
colesevelam 625 mg tablet	\$0 (Tier 1)			
colestipol hcl (1 gm tablet, granules, granules packet)	\$0 (Tier 1)			
ezetimibe 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)		
icosapent ethyl (0.5 gm capsule, 1 gram capsule, 500 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)		
JUXTAPID (5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0 (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)		

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
NEXLIZET 180-10 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
niacin er (er 500 mg tablet, er 750 mg tablet, er 1,000 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days), PA NSO
omega-3 ethyl esters 1 gm cap	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
PREVALITE (PACKET, POWDER)	\$0 (Tier 1)	
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 AN	TAGONISTS	
eplerenone (25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	ST
KERENDIA (10 MG TABLET, 20 MG TABLET, 40 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
spironolactone (25 mg tablet, 25 mg/5 ml susp, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 145 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ART	ERIAL	
hydralazine hcl (10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
minoxidil (2.5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ART	ERIAL/VENOUS	
isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
isosorbide mononit er 60 mg tb	\$0 (Tier 1)	
isosorbide mononitrate er (er 30 mg tb, er 120 mg)	\$0 (Tier 1)	
NITRO-BID 2% OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
nitroglycerin (0.3 mg tablet sl, 0.4 mg tablet sl, lingual 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl, 400 mcg spray)	\$0 (Tier 1)	
nitroglycerin 0.4% ointment	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 21 days)
nitroglycerin patch (0.1 patch, 0.2 patch, 0.4 patch, 0.6 patch)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 146 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CARDIOVASCULAR AGENTS		
NITROSTAT 0.6 MG TABLET SL	\$0 (Tier 1)	
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
riluzole 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
TIGLUTIK 50 MG/10 ML SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (600 per 30 days)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
dextroamp-amphetamin 30 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
dextroamphetamine 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
dextroamphetamine 5 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
dextroamphetamine er 10 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA, QL (150 per 30 days)
dextroamphetamine er 15 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 147 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
dextroamphetamine er 5 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine-amphet er (er 5 mg cap, er 10 mg cap, er 15 mg cap, er 20 mg cap, er 25 mg cap, er 30 mg cap)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
dextroamphetamine- amphetamine (dextroamp- amphetam 7.5 mg tab, dextroamp-amphetam 12.5 mg tab, dextroamp-amphetamin 10 mg tab, dextroamp-amphetamin 15 mg tab, dextroamp- amphetamin 20 mg tab, dextroamp-amphetamine 5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY	DISORDER AGENT	S, NON-AMPHETAMINES
atomoxetine hcl (10 mg capsule, 18 mg capsule, 25 mg capsule, 40 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
atomoxetine hcl (60 mg capsule, 80 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
clonidine hcl er 0.1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 148 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
guanfacine hcl er (er 1 mg tablet, er 2 mg tablet, er 3 mg tablet, er 4 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
methylphenidate (10 mg/9hr, 15 mg/9hr, 20 mg/9hr, 30 mg/9hr)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate 10 mg/5 ml sol	\$0 (Tier 1)	PA, QL (900 per 30 days)
methylphenidate 5 mg/5 ml soln	\$0 (Tier 1)	PA, QL (1800 per 30 days)
methylphenidate er (er 10 mg tab, er 20 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
methylphenidate er (er 18 mg tab, er 27 mg tab, er 54 mg tab, er 72 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate er (la) (er(la) 10mg cp, er(la) 20mg cp, er(la) 30mg cp, er(la) 40mg cp, er(la) 60mg cp)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate er 36 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
methylphenidate hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 149 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
methylphenidate hcl cd (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate hcl er (cd) (er(cd) 10mg cp, er(cd) 20mg cp, er(cd) 30mg cp, er(cd) 40mg cp, er(cd) 50mg cp, er(cd) 60mg cp)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate la (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
methylphenidate sr 20 mg tab	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS	S, 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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 150 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
pregabalin er (er 82.5 mg tablet, er 165 mg tablet, er 330 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
tetrabenazine (12.5 mg tablet, 25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
VEOZAH 45 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
dalfampridine er 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
dimethyl fumarate (30d start pk, dr 120 mg cp, dr 240 mg cp)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ENSPRYNG 120 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA
fingolimod 0.5 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
glatiramer acetate (20 mg/ml syringe, 40 mg/ml syringe)	\$0 (Tier 1)	PA
GLATOPA (20 MG/ML SYRINGE, 40 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 1)	PA
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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
teriflunomide (7 mg tablet, 14 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
VUMERITY DR 231 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
ZEPOSIA (0.92 MG CAPSULE, STARTER KIT (28-DAY), STARTER PACK (7-DAY))	\$0 (Tier 2)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
DENTAL AND ORAL AGENTS		
DENTAL AND ORAL AGENTS		
cevimeline hcl 30 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
chlorhexidine gluconate (0.12% 15 ml cup, 0.12% rinse)	\$0 (Tier 1)	
doxycycline hyclate (20 mg tab, 50 mg cap)	\$0 (Tier 1)	
KOURZEQ 0.1% DENTAL PASTE	\$0 (Tier 1)	
pilocarpine hcl (5 mg tablet, 7.5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
triamcinolone 0.1% paste	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 155 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
DERMATOLOGICAL AGENTS		
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
ACCUTANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
acitretin (10 mg capsule, 17.5 mg capsule, 25 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA
AMNESTEEM (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
azelaic acid 15% gel	\$0 (Tier 1)	
CLARAVIS (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
clind ph-benzoyl perox 1.2-5%	\$0 (Tier 1)	
erythromycin-benzoyl gel	\$0 (Tier 1)	
isotretinoin (10 mg capsule, 20 mg capsule, 30 mg capsule, 40 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
NEUAC GEL	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
DERMATOLOGICAL AGENTS		
tazarotene (0.05% gel, 0.1% gel)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (100 per 30 days)
tazarotene 0.05% cream	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
tazarotene 0.1% cream	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
tretinoin (0.01% gel, 0.025% cream, 0.025% gel, 0.05% cream)	\$0 (Tier 1)	PA
ZENATANE (10 MG CAPSULE, 20 MG CAPSULE, 30 MG CAPSULE, 40 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ALA-CORT 1% CREAM	\$0 (Tier 1)	
amcinonide (0.1% cream, 0.1% ointment)	\$0 (Tier 1)	
ammonium lactate (12% cream, 12% lotion)	\$0 (Tier 1)	PA
betamethasone diprop augmented (dp 0.05% crm, dp 0.05% gel, dp 0.05% lot, dp 0.05% oin)	\$0 (Tier 1)	
betamethasone dipropionate (dp 0.05% crm, dp 0.05% lot, dp 0.05% oint, dp aug 0.05% crm)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
DERMATOLOGICAL AGENTS		
betamethasone valerate (va 0.1% cream, va 0.1% lotion, valer 0.1% ointm)	\$0 (Tier 1)	
clobetasol emollient 0.05% crm	\$0 (Tier 1)	
clobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution, 0.05% topical lotn)	\$0 (Tier 1)	
desonide (0.05% cream, 0.05% lotion, 0.05% ointment)	\$0 (Tier 1)	
desoximetasone (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.25% ointment)	\$0 (Tier 1)	
diflorasone diacetate (0.05% cream, 0.05% ointment)	\$0 (Tier 1)	
doxepin 5% cream	\$0 (Tier 1)	PA
fluocinolone acetonide (0.01% cream, 0.01% scalp oil, 0.01% solution, 0.025% cream, 0.025% ointment)	\$0 (Tier 1)	
fluocinonide (0.05% cream, 0.05% gel, 0.05% ointment, 0.05% solution)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 158 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
DERMATOLOGICAL AGENTS		
fluocinonide-e 0.05% cream	\$0 (Tier 1)	
fluticasone propionate (0.005% oint, 0.05% cream, 0.05% lotion)	\$0 (Tier 1)	
halobetasol propionate (0.05% cream, 0.05% ointmnt)	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone (1% cream, 1% ointment, 2.5% cream, 2.5% lotion, 2.5% ointment)	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone butyrate (buty 0.1% cream, butyr 0.1% oint, butyr 0.1% soln)	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone valerate (0.2% cream, 0.2% ointmt)	\$0 (Tier 1)	
mometasone furoate (0.1% cream, 0.1% oint, 0.1% soln)	\$0 (Tier 1)	
pimecrolimus 1% cream	\$0 (Tier 1)	PA
PROCTO-MED HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
PROCTOZONE-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
DERMATOLOGICAL AGENTS		
selenium sulfide 2.5% lotion	\$0 (Tier 1)	
tacrolimus (0.03% ointment, 0.1% ointment)	\$0 (Tier 1)	PA
triamcinolone acetonide (0.025% cream, 0.025% lotion, 0.025% oint, 0.05% ointment, 0.1% cream, 0.1% lotion, 0.1% ointment, 0.5% cream, 0.5% ointment)	\$0 (Tier 1)	
TRIDERM 0.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
calcipotriene (0.005% cream, 0.005% ointment, 0.005% solution)	\$0 (Tier 1)	PA
clotrimazole-betamethasone (crm, lot)	\$0 (Tier 1)	
diclofenac sodium 3% gel	\$0 (Tier 1)	PA
FILSUVEZ 10% GEL	\$0 (Tier 2)	PA
fluorouracil (0.5% cream, 5% cream)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 160 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
DERMATOLOGICAL AGENTS		
fluorouracil (2% soln, 5% soln)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
imiquimod 5% cream packet	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
methoxsalen (10 mg capsule, 10 mg softgel)	\$0 (Tier 1)	
nystatin-triamcinolone (cream, ointm)	\$0 (Tier 1)	
OTEZLA (10-20 MG STARTER 28, 10-20-30MG START 28)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (55 per 28 days)
OTEZLA (20 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
podofilox 0.5% topical soln	\$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)	
silver sulfadiazine 1% cream	\$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

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)
malathion 0.5% lotion	\$0 (Tier 1)	
permethrin 5% cream	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
PRURADIK 10% LOTION	\$0 (Tier 1)	PA, QL (474 per 30 days)
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
acyclovir 5% cream	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)
acyclovir 5% ointment	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
ciclopirox (0.77% cream, 0.77% topical susp, 8% solution)	\$0 (Tier 1)	
CLEOCIN 100 MG VAGINAL OVULE	\$0 (Tier 2)	
clindamycin 1% gel	\$0 (Tier 1)	
clindamycin phosphate (ph 1% gel, ph 1% solution, phos 1% pledget, phosp 1% lotion, phosphate 1% gel)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
DERMATOLOGICAL AGENTS		
econazole nitrate 1% cream	\$0 (Tier 1)	
erythromycin (2% gel, 2% solution)	\$0 (Tier 1)	
gentamicin sulfate (0.1% cream, 0.1% ointment)	\$0 (Tier 1)	
mupirocin (2% cream, 2% ointment)	\$0 (Tier 1)	
naftifine hcl (1% cream, 2% cream)	\$0 (Tier 1)	
oxiconazole nitrate 1% cream	\$0 (Tier 1)	
OXISTAT 1% LOTION	\$0 (Tier 2)	
SULFAMYLON 8.5% CREAM	\$0 (Tier 2)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMIN	NS	
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEME	NTS	
carglumic acid 200 mg tab susp	\$0 (Tier 1)	PA
fluoride (0.25 mg tablet chew, 0.5 mg tablet chew, 1 mg tablet chewable)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 163 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكافك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMIN	NS	
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)	
magnesium sulfate 50% syringe	\$0 (Tier 1)	
multiple electrolytes t1 ph5.5	\$0 (Tier 1)	
multiple electrolytes t1 ph7.4	\$0 (Tier 1)	
PLASMA-LYTE A PH 7.4 SOLN.	\$0 (Tier 2)	
PLASMA-LYTE A SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
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	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 164 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMIN	NS	
potassium chloride-0.9% nacl (20 meq/1,000ml-ns, 40 meq/1,000ml-ns)	\$0 (Tier 1)	
potassium citrate er (er 5 tab, er 10 tb, er 15 tb)	\$0 (Tier 1)	
potassium cl 20 meq-0.45% nacl	\$0 (Tier 1)	
potassium cl 20 meq/10 ml conc	\$0 (Tier 1)	
potassium cl 20meq/100ml-water	\$0 (Tier 1)	
sodium chloride (saline 0.45% soln-excel con, sodium chloride 0.45% soln, sodium chloride 0.9% 100 ml, sodium chloride 0.9% 1,000 ml, sodium chloride 0.9% 250 ml, sodium chloride 0.9% 50 ml, sodium chloride 0.9% 500 ml, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% irrig, sodium chloride 0.9% prcss sol, sodium chloride 0.9% sol-excel, sodium chloride 0.9% soln, sodium chloride 0.9% solution, sodium chloride 3% iv soln, sodium chloride 5% iv soln)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 165 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMII	NS	
sodium chloride 0.9%-water	\$0 (Tier 1)	
sodium fluoride 2.2 mg (fluoride ion 1 mg) oral tablet	\$0 (Tier 1)	
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODI	FIERS	
CHEMET 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	
deferasirox (90 mg tablet, 125 mg tb for susp, 180 mg tablet, 250 mg tb for susp, 360 mg tablet, 500 mg tb for susp)	\$0 (Tier 1)	PA
deferiprone 1,000 mg tb(3x/dy)	\$0 (Tier 1)	PA
deferiprone 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
DOJOLVI LIQUID	\$0 (Tier 2)	PA
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA
JYNARQUE (15 MG TABLET, 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
tolvaptan (15 mg tablet, 15 mg- 15 mg tablet, 30 mg tablet, 30 mg-15 mg tablet, 45 mg-15 mg tablet, 60 mg-30 mg tablet, 90 mg-30 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 166 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMIN	NS	
trientine hcl 250 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/V	TTAMINS	
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
dextrose 10%-0.2% nacl iv soln	\$0 (Tier 2)	
dextrose 10%-0.45% nacl iv sol	\$0 (Tier 2)	
dextrose 2.5%-0.45% nacl iv	\$0 (Tier 2)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMII	NS	
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.225% nacl iv sol	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.45% nacl iv soln	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln	\$0 (Tier 1)	
dextrose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 1,000 ml, 5%-water 250 ml, 5%-water 50 ml, 5%-water iv soln, 10%-water iv solution)	\$0 (Tier 1)	
glucose 5%-0.9% nacl 1000 ml	\$0 (Tier 1)	
glucose in water (5%-water 100 ml, 5%-water 50 ml)	\$0 (Tier 1)	
INTRALIPID (20% IV EMUL, 30% IV EMUL)	\$0 (Tier 2)	PA
ISOLYTE P-DEXTROSE 5% SOLN	\$0 (Tier 2)	
kcl 20 meq in d5w-lact ringer	\$0 (Tier 1)	
kcl 20 meq/l in d5w solution	\$0 (Tier 1)	
kcl-d5w-0.2% nacl (10 meq/500 ml-d5w-0.2%nacl, 20 meq/l-d5w- 0.2% nacl)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 168 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMIN	NS	
kcl-d5w-0.225% nacl (10meq/500ml-d5w-0.225%nacl, 20 meq/l-d5w-0.225% nacl)	\$0 (Tier 1)	
kcl-d5w-0.45% nacl (10 meq/500ml-d5w-0.45%nacl, 10 meq/l-d5w-0.45% nacl, 20 meq/l- d5w-0.45% nacl, 30 meq/l-d5w- 0.45% nacl, 40 meq/l-d5w-0.45% nacl)	\$0 (Tier 1)	
kcl-d5w-0.9% nacl (20 meq/l- d5w-0.9%, 40 meq/l-d5w-0.9%)	\$0 (Tier 1)	
levocarnitine (1 g/10 ml cup, 1 g/10 ml soln, 330 mg tablet, 500 mg/5 ml cup)	\$0 (Tier 1)	
magnesium sulfate (50% 1 g/2 ml, 50% 10g/20ml, 50% 25g/50ml, 50% 5 g/10ml)	\$0 (Tier 1)	
NATAL PNV TABLET	\$0 (Tier 2)	
NUTRILIPID 20% IV FAT EMULSION	\$0 (Tier 2)	PA
PREMASOL 10% IV SOLUTION	\$0 (Tier 1)	PA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMIN	NS	
prenatal vitamin with minerals and folic acid greater than 0.8 mg oral tablet	\$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)
sodium polystyrene sulf powder	\$0 (Tier 1)	
SPS (15 GM/60 ML SUSPENSION, 30 GM/120 ML ENEMA SUSP)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 170 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
lactulose (10 gm packet, 20 gm packet)	\$0 (Tier 1)	PA
lactulose (10 gm/15 ml soln cup, 10 gm/15 ml solution, 20 gm/30 ml soln cup, 20 gm/30 ml solution)	\$0 (Tier 1)	
LINZESS (72 MCG CAPSULE, 145 MCG CAPSULE, 290 MCG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
lubiprostone (8 mcg capsule, 24 mcg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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		
alosetron hcl (0.5 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
diphenoxylate-atropine (diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5, diphenoxylate-atrop 2.5-0.025)	\$0 (Tier 1)	PA
loperamide 2 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
MYTESI 125 MG DR TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
VIBERZI (75 MG TABLET, 100 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
GASTROINTESTINAL AGENTS		
XERMELO 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTIN	AL	
dicyclomine hcl (10 mg capsule, 10 mg/5 ml soln, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
glycopyrrolate (1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
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)
lansoprazol-amoxicil-clarithro	\$0 (Tier 1)	
MYALEPT 11.3 MG (5 MG/ML) VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
peg 3350-electrolyte solution	\$0 (Tier 1)	
peg-3350 and electrolytes soln	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
GASTROINTESTINAL AGENTS		
peg3350 100-7.5-2.691-1.01-5.9	\$0 (Tier 1)	
SEROSTIM 6 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
sod sul-potass sul-mag sul sol	\$0 (Tier 1)	
ursodiol (250 mg tablet, 300 mg capsule, 500 mg tablet)	\$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 ANTAGO	ONISTS	
cimetidine (200 mg tablet, 300 mg tablet, 400 mg tablet, 800 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
famotidine (20 mg tablet, 40 mg tablet, 40 mg/5 ml susp)	\$0 (Tier 1)	
nizatidine (150 mg capsule, 300 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
PROTECTANTS		
misoprostol (100 mcg tablet, 200 mcg tablet)	\$0 (Tier 1)	
sucralfate 1 gm tablet	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
GASTROINTESTINAL AGENTS		
PROTON PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium (dr 20 mg cap, dr 40 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
lansoprazole (dr 15 mg capsule, dr 30 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
omeprazole (dr 10 mg capsule, dr 40 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
omeprazole dr 20 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
pantoprazole sod dr 20 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
pantoprazole sod dr 40 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
rabeprazole sod dr 20 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 175 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER	R: REPLACEMENT, I	MODIFIERS, TREATMENT
ARALAST NP 1,000 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
ARALAST NP 500 MG VIAL	\$0 (Tier 2)	
betaine 1 gram/scoop powder	\$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
CTEXLI 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)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER	: REPLACEMENT, I	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)
l-glutamine 5 gram powder pkt	\$0 (Tier 1)	PA, QL (180 per 30 days)
miglustat 100 mg capsule	\$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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 177 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
GENETIC, ENZYME, OR PROTEIN DISORDER	: REPLACEMENT, I	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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 178 LAST UPDATED: 10/2025

	كم سيكلفك الدواء	الإجراءات الضرورية أو القيود أو	
اسم الدواء	(مستوى الشريحة)	الحدود القصوى للاستخدام	
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)	
sapropterin dihydrochloride (100 mg powder pkt, 100 mg tablet, 500 mg powder pkt)	\$0 (Tier 1)	PA	
SIKLOS (100 MG TABLET, 1,000 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)		
sodium phenylbutyrate (500mg tb, powder)	\$0 (Tier 1)	PA	
VIOKACE (10,440-39,150 UNIT TAB, 20,880-78,300 UNITS TB)	\$0 (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	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 179 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام		
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		

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
GENITOURINARY AGENTS		
ANTISPASMODICS, URINARY		
darifenacin er (er 7.5 mg tablet, er 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
fesoterodine fumarate er (er 4 mg tablet, er 8 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
flavoxate hcl 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
GEMTESA 75 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
MYRBETRIQ (ER 25 MG TABLET, ER 50 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 180 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
GENITOURINARY AGENTS		
MYRBETRIQ ER 8 MG/ML SUSP	\$0 (Tier 2)	QL (100 per 10 days)
oxybutynin chloride (5 mg tablet, 5 mg/5 ml soln cup, 5 mg/5 ml solution, 5 mg/5 ml syrup)	\$0 (Tier 1)	
oxybutynin chloride er (er 5 mg tablet, er 10 mg tablet, er 15 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
solifenacin succinate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
tolterodine tartrate er (er 2 mg cap, er 4 mg cap)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
trospium chloride 20 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
trospium chloride er 60 mg cap	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
alfuzosin hcl er 10 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
dutasteride 0.5 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
GENITOURINARY AGENTS		
finasteride 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tadalafil (2.5 mg tablet, 5 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride (5 mg tablet, 10 mg tablet, 25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
ELMIRON 100 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (90 per 30 days)
LITHOSTAT 250 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	PA
penicillamine 250 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
tiopronin (100 mg tablet, dr 100 mg tablet, dr 300 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
VENXXIVA (DR 100 MG TABLET, DR 300 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/MODIFYING	(ADRENAL)
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REF	PLACEMENT/MODIF	YING (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)
deflazacort (6 mg tablet, 18 mg tablet, 22.75 mg/ml susp, 30 mg tablet, 36 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
dexamethasone (0.5 mg tablet, 0.5 mg/5 ml elx, 0.5 mg/5 ml liq, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet, 1.5 mg tablet, 2 mg tablet, 4 mg tablet, 6 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
fludrocortisone 0.1 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
JAYTHARI (6 MG TABLET, 18 MG TABLET, 30 MG TABLET, 36 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 183 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/MODIFYING	(ADRENAL)
methylprednisolone (4 mg dosepk, 4 mg tablet, 8 mg tablet, 16 mg tab, 32 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
ORAPRED ODT (ODT 10 MG TABLET, ODT 15 MG TABLET, ODT 30 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	
prednisolone (15 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml syrup, 15mg/5ml soln cup)	\$0 (Tier 1)	
prednisolone sodium phosphate (sod 1% eye drop, 5 mg/5 ml soln, 10 mg/5 ml soln, 15 mg/5 ml soln, 20 mg/5 ml soln, sod ph 25 mg/5 ml)	\$0 (Tier 1)	
prednisone (1 mg tablet, 2.5 mg tablet, 5 mg tab dose pack, 5 mg tablet, 5 mg/5 ml solution, 10 mg tab dose pack, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 184 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/MODIFYING	(PITUITARY)
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REF	PLACEMENT/MODIF	YING (PITUITARY)
CRENESSITY (25 MG CAPSULE, 50 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr	\$0 (Tier 1)	
desmopressin acetate (0.1 mg tb, 0.2 mg tb)	\$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 0.4 MG, MINIQUICK 0.8 MG, MINIQUICK 1.8 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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 185 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/MODIFYING	(PITUITARY)
INCRELEX 40 MG/4 ML VIAL	\$0 (Tier 2)	PA
ISTURISA (1 MG TABLET, 5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA
NORDITROPIN FLEXPRO (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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 186 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/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
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
ANDROGENS		
danazol (50 mg capsule, 100 mg capsule, 200 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
methyltestosterone 10 mg cap	\$0 (Tier 1)	PA NSO

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 187 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
testosterone 10 mg gel pump	\$0 (Tier 1)	PA NSO	
testosterone cypionate (testosteron 2,000 mg/10 ml, testosterone 100 mg/ml, testosterone 200 mg/ml, testosterone 500 mg/2.5 ml, testosterone 500 mg/5 ml, testosterone 1,000 mg/10ml, testosterone 1,000 mg/10ml, testosterone 2,000 mg/10ml, testosterone 6,000 mg/30ml)	\$0 (Tier 1)	PA NSO	
testosterone enanthate (testosteron 1,000 mg/5 ml, testosterone 200 mg/ml)	\$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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 188 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
ESTRACE 0.01% CREAM	\$0 (Tier 1)	
estradiol (0.01% cream, 0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 2 mg tablet, 10 mcg vaginal insrt)	\$0 (Tier 1)	
estradiol (0.025 mg patch, 0.0375 mg patch, 0.05 mg patch, 0.075 mg patch, 0.1 mg patch)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estradiol (once weekly) (0.025 mg patch(1/wk), 0.0375mg patch(1/wk), 0.06 mg patch (1/wk), 0.075 mg patch(1/wk), 0.1 mg patch (1/wk))	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
estradiol (twice weekly) (0.025 mg patch(2/wk), 0.0375mg patch(2/wk), 0.05 mg patch (2/wk), 0.075 mg patch(2/wk), 0.1 mg patch (2/wk))	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estradiol 0.05 mg patch (1/wk)	\$0 (Tier 1)	QL (8 per 28 days)
estradiol valerate (20 mg/ml vl, 40 mg/ml vl, 50 mg/5 ml, 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 189 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 190 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
YUVAFEM (10 MCG INSERT, 10 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REF HORMONES/MODIFIERS), OTHER	PLACEMENT/MODIF	FYING (SEX
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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 191 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام	
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	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)		
CRYSELLE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)		
CYRED 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)		

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 192 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
CYRED EQ 28 DAY TABLET	\$0 (Tier 1)	
DOLISHALE 90-20 MCG TABLET	\$0 (Tier 1)	
drosp-ee-levomef 3-0.02-0.451	\$0 (Tier 1)	
drospirenone-ethinyl estradiol (3- 0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
ELURYNG VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENILLORING VAGINAL RING	\$0 (Tier 1)	
ENPRESSE-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ENSKYCE 28 TABLET	\$0 (Tier 1)	
ESTARYLLA 0.25-0.035 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
estradiol-norethindrone acetat (0.5-0.1 mg tb, 1-0.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	
ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg	\$0 (Tier 1)	
etonogestrel-ee vaginal ring	\$0 (Tier 1)	
FALMINA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 193 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 194 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 195 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACED HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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)	
levonorg-eth estrad eth estrad (levono-e 0.15-0.03-0.01, levonor-e 0.1-0.02-0.01)	\$0 (Tier 1)	
levonorgestrel-eth estradiol (estra 0.09-0.02 mg, estrad 0.1- 0.02 mg, estrad 0.15-0.03, estrad triphasic)	\$0 (Tier 1)	
LEVORA-28 TABLET	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 196 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 197 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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)	
norelgestrom-ee 150-35 mcg/day	\$0 (Tier 1)	
noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75	\$0 (Tier 1)	
norethindron-ethinyl estradiol (norethin-eth 1 mg-5 mcg, norethind-eth 0.5-2.5, norethind- eth 1-0.02 mg)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 198 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)		
norethindrone-e.estradiol-iron (1- 0.02(24)-75 cap, 1-0.02(24)-75 chw)	\$0 (Tier 1)	
norgestimate-ethinyl estradiol (norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025, norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035, norg-ethin estra 0.25-0.035 mg, norgestimate-ee 0.25-0.035 mg)	\$0 (Tier 1)	
NORTREL (0.5-35-28 TABLET, 1-35 21 TABLET, 1-35 28 TABLET, 7-7-7-28 TABLET)	\$0 (Tier 1)	
NUVARING VAGINAL RING	\$0 (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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 199 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 200 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 201 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 202 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
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)	
medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 150 mg/ml)	\$0 (Tier 1)	
megestrol 400 mg/10 ml cup	\$0 (Tier 1)	PA
megestrol acetate (20 mg tablet, 40 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
megestrol acetate 40mg/ml oral suspension	\$0 (Tier 1)	PA
MELEYA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 203 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE HORMONES/MODIFIERS)	MENT/MODIFYING	(SEX
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	\$0 (Tier 2)	
NORA-BE TABLET	\$0 (Tier 1)	
norethindrn 5 mg tb (lupaneta)	\$0 (Tier 1)	
norethindrone 0.35 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
norethindrone 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
ORQUIDEA 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
progesterone (100 mg capsule, 200 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	
SHAROBEL 0.35 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR M	ODIFYING AGENTS	}
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET	\$0 (Tier 2)	
raloxifene hcl 60 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
ERMEZA 150 MCG/5 ML SOLUTION	\$0 (Tier 2)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 204 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/MODIFYING	(THYROID)
levothyroxine sodium (13 mcg capsule, 25 mcg capsule, 25 mcg capsule, 50 mcg tablet, 50 mcg capsule, 75 mcg tablet, 88 mcg capsule, 88 mcg tablet, 100 mcg capsule, 100 mcg tablet, 112 mcg capsule, 112 mcg capsule, 125 mcg capsule, 125 mcg capsule, 137 mcg capsule, 137 mcg tablet, 150 mcg capsule, 150 mcg tablet, 175 mcg tablet, 200 mcg capsule, 200 mcg tablet, 300 mcg tablet)	\$0 (Tier 1)	
LEVOXYL (25 MCG TABLET, 50 MCG TABLET, 75 MCG TABLET, 88 MCG TABLET, 100 MCG TABLET, 112 MCG TABLET, 125 MCG TABLET, 137 MCG TABLET, 150 MCG TABLET, 175 MCG TABLET, 200 MCG TABLET)	\$0 (Tier 1)	
liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 205 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/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, 75 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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 206 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACE	MENT/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)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRE	NAL OR PITUITAR	<b>Y</b> )
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT	(ADRENAL OR PITI	JITARY)
cabergoline 0.5 mg tablet	\$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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 207 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRE	NAL OR PITUITAR	Y)
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
leuprolide acetate (1 mg/0.2 ml vial, 2wk 1 mg/0.2 ml kit, 2wk 14 mg/2.8 ml kt, 2wk 14 mg/2.8 ml vl)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
leuprolide depot 22.5 mg vial	\$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
mifepristone 300 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA, QL (120 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 208 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRE	NAL OR PITUITAR	<b>(</b> )
MYFEMBREE 40 MG-1 MG-0.5 MG TB	\$0 (Tier 2)	PA
octreotide acetate (acet 0.05 mg/ml vl, acet 50 mcg/ml amp, acet 50 mcg/ml vial, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml amp, acet 100 mcg/ml vl, acet 200 mcg/ml vl, acet 500 mcg/ml amp, acet 500 mcg/ml vl, 1,000 mcg/5 ml vial, 1,000 mcg/ml vial, 5,000 mcg/5 ml vial)	\$0 (Tier 1)	PA
ORIAHNN 300-1-0.5MG/300MG CAPS	\$0 (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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 209 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYR	OID)	
ANTITHYROID AGENTS		
methimazole (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
propylthiouracil 50 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
icatibant 30 mg/3 ml syringe	\$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		PA

\$0 (Tier 2)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 7711-1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 210 LAST UPDATED: 10/2025

SYRINGE, 300 MG/2 ML

SYRINGE, 300 MG/2 ML VIAL)

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 211 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 213 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 214 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 215 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 217 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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
azathioprine (50 mg tablet, 75 mg tablet, 100 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CELLCEPT (200 MG/ML ORAL SUSP, 250 MG CAPSULE, 500 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
CIMZIA 2X200 MG VIAL KIT	\$0 (Tier 2)	PA

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 218 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
CIMZIA 2X200 MG/ML SYRINGE KIT	\$0 (Tier 2)	PA
cyclosporine (25 mg capsule, 100 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
cyclosporine modified (25 mg, 50 mg, 100 mg, 100mg/ml)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
ENBREL (25 MG/0.5 ML SYRINGE, 25 MG/0.5 ML VIAL, 50 MG/ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML MINI CARTRIDGE	\$0 (Tier 2)	PA
ENBREL 50 MG/ML SURECLICK	\$0 (Tier 2)	PA
everolimus (0.25 mg tablet, 0.5 mg tablet, 0.75 mg tablet, 1 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
GENGRAF (25 MG CAPSULE, 100 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 219 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 220 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
HYFTOR 0.2% GEL	\$0 (Tier 2)	PA, QL (30 per 30 days)
JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	
leflunomide (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
LUPKYNIS 7.9 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	PA, QL (180 per 30 days)
methotrexate (2.5 mg tablet, 50 mg/2 ml vial, 250 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
methotrexate sodium (1 gram/40 ml vial, 25 mg/ml vial, 50 mg/2 ml vial, 100 mg/4 ml vial, 200 mg/8 ml vial, 250 mg/10 ml vial)	\$0 (Tier 1)	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml susp, 250 mg capsule, 500 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
mycophenolic acid (dr 180 mg tb, dr 360 mg tb)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYFORTIC (180 MG TABLET, 360 MG TABLET)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
MYHIBBIN 200 MG/ML SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	PA BVD

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 222 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
IMMUNOLOGICAL AGENTS		
sirolimus (0.5 mg tablet, 1 mg tablet, 1 mg/ml solution, 2 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
tacrolimus (0.5 mg capsule, 0.5 mg capsule (ir), 1 mg capsule, 1 mg capsule, 5 mg capsule (ir))	\$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)	
bcg vaccine (tice strain) vial	\$0 (Tier 2)	
BEXSERO PREFILLED SYRINGE	\$0 (Tier 2)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 223 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 225 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	\$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 SYRING, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE)	\$0 (Tier 2)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML VACCIN	\$0 (Tier 2)	
TWINRIX VACCINE SYRINGE	\$0 (Tier 2)	
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)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 226 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
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)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
AMINOSALICYLATES AND/OR PRODRU	JGS	
balsalazide disodium 750 mg cp	\$0 (Tier 1)	
mesalamine (4 gm/60 ml enema, 800 mg dr tablet, 1,000 mg supp)	\$0 (Tier 1)	
mesalamine dr 1.2 gm tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
mesalamine dr 400 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
mesalamine er 500 mg capsule	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 227 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS		
PENTASA 250 MG CAPSULE	\$0 (Tier 2)	QL (480 per 30 days)
sulfasalazine 500 mg tablet	\$0 (Tier 1)	
sulfasalazine dr 500 mg tab	\$0 (Tier 1)	
GLUCOCORTICOIDS		
ANUSOL-HC 2.5% CREAM	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
budesonide 2 mg rectal foam	\$0 (Tier 1)	PA
budesonide dr 3 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
budesonide ec 3 mg capsule	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone (5 mg tablet, 10 mg tablet, 20 mg tablet, 100 mg/60 ml)	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
alendronate sod 70 mg/75 ml	\$0 (Tier 1)	
alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 228 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
alendronate sodium 10 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BONSITY 560 MCG/2.24 ML PEN	\$0 (Tier 1)	PA
calcitonin-salmon (200 unit spr, 200 units sp)	\$0 (Tier 1)	
calcitriol (0.25 mcg capsule, 0.5 mcg capsule, 1 mcg/ml solution)	\$0 (Tier 1)	
cinacalcet hcl (30 mg tablet, 60 mg tablet, 90 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA BVD
doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg capsule, 2.5 mcg cap)	\$0 (Tier 1)	
ibandronate sodium 150 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)
paricalcitol (1 mcg capsule, 2 mcg capsule, 4 mcg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE	\$0 (Tier 2)	PA NSO
RAYALDEE (ER 30 MCG CAP (HARD), ER 30 MCG CAP (SOFT))	\$0 (Tier 2)	PA, QL (60 per 30 days)
risedronate sodium 150 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 28 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 229 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
risedronate sodium 35 mg tab	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
risedronate sodium 35 mg tab (dose pack of 12)	\$0 (Tier 1)	QL (4 per 28 days)
SOHONOS (1 MG CAPSULE, 1.5 MG CAPSULE, 2.5 MG CAPSULE, 5 MG CAPSULE, 10 MG CAPSULE)	\$0 (Tier 2)	PA
teriparatide (560 mcg/2.24 ml, 560mcg/2.24ml pen)	\$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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 230 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
OPHTHALMIC AGENTS		
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
atropine 1% eye drop	\$0 (Tier 1)	PA
atropine 1% eye drops	\$0 (Tier 1)	PA
cyclosporine 0.05% eye emuls	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
dorzolamide-timolol eye drops	\$0 (Tier 1)	
neo-bacit-poly-hc eye ointment	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
NEO-POLYCIN HC EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
neomyc-bacit-polymix eye oint	\$0 (Tier 1)	
neomyc-polym-gramicid eye drop	\$0 (Tier 1)	
neomycin-poly-hc eye drops	\$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-dexameth (neomyc-polym-dexamet ointm, neomyc-polym-dexameth drop)	\$0 (Tier 1)	
OXERVATE 0.002% EYE DROP	\$0 (Tier 2)	PA
pilocarpine hcl 1.25% eye drop	\$0 (Tier 1)	PA, QL (5 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 231 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
OPHTHALMIC AGENTS		
sulf-pred 10-0.23% eye drops	\$0 (Tier 1)	
TOBRADEX EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (7 per 30 days)
tobramycin-dexameth ophth susp	\$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		
azelastine hcl 0.05% drops	\$0 (Tier 1)	
cromolyn 4% eye drops	\$0 (Tier 1)	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
AZASITE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
bacitracin 500 unit/gm ophth	\$0 (Tier 1)	
bacitracin-polymyxin eye oint	\$0 (Tier 1)	
BESIVANCE 0.6% SUSP	\$0 (Tier 2)	PA, QL (5 per 30 days)
CILOXAN 0.3% OINTMENT	\$0 (Tier 2)	PA
ciprofloxacin 0.3% eye drop	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 232 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
OPHTHALMIC AGENTS		
erythromycin 0.5% eye ointment	\$0 (Tier 1)	
gatifloxacin 0.5% eye drops	\$0 (Tier 1)	
gentamicin 0.3% eye drop	\$0 (Tier 1)	
moxifloxacin (0.5% drops, 0.5% drp-visc)	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
ofloxacin 0.3% eye drops	\$0 (Tier 1)	
POLYCIN EYE OINTMENT	\$0 (Tier 1)	
polymyxin b-tmp eye drops	\$0 (Tier 1)	
sulfacetamide sodium (10% drops, 10% ointment)	\$0 (Tier 1)	
tobramycin 0.3% eye drop	\$0 (Tier 1)	
TOBREX 0.3% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	
trifluridine 1% eye drops	\$0 (Tier 1)	
XDEMVY 0.25% DROP	\$0 (Tier 2)	PA
ZIRGAN 0.15% OPHTHALMIC GEL	\$0 (Tier 2)	
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
bromfenac sodium 0.09% eye drp	\$0 (Tier 1)	QL (3.4 per 180 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 233 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
OPHTHALMIC AGENTS		
dexamethasone 0.1% eye drop	\$0 (Tier 1)	
diclofenac 0.1% eye drops	\$0 (Tier 1)	
difluprednate 0.05% eye drop	\$0 (Tier 1)	
EYSUVIS 0.25% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	PA
FLAREX 0.1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
fluorometholone (0.1% drops, 0.1% eye drop)	\$0 (Tier 1)	
flurbiprofen 0.03% eye drop	\$0 (Tier 1)	
FML FORTE 0.25% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
ketorolac tromethamine (0.4% solution, 0.5% solution)	\$0 (Tier 1)	
LOTEMAX 0.5% EYE OINTMENT	\$0 (Tier 2)	QL (10 per 180 days)
loteprednol 0.5% ophthalmc gel	\$0 (Tier 1)	QL (10 per 180 days)
loteprednol etabonate (0.2% drp, 0.5% drp)	\$0 (Tier 1)	
NEVANAC (0.1% DROPTAINER, 0.1% EYE DROP)	\$0 (Tier 2)	QL (6 per 180 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
OPHTHALMIC AGENTS		
PRED MILD 0.12% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
prednisolone ac 1% eye drop	\$0 (Tier 1)	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLC	CKING AGENTS	
betaxolol hcl 0.5% eye drop	\$0 (Tier 1)	
BETOPTIC S (0.25% DROP, 0.25% DROP)	\$0 (Tier 2)	
carteolol hcl 1% eye drops	\$0 (Tier 1)	
levobunolol 0.5% eye drops	\$0 (Tier 1)	
timolol maleate (0.25% gel- solution, maleate 0.25% eye drop, 0.5% eye drop, 0.5% gel- solution, 0.5% gfs gel-solution, maleate 0.5% eye drops)	\$0 (Tier 1)	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSUI	RE LOWERING AG	ENTS, OTHER
acetazolamide er 500 mg cap	\$0 (Tier 1)	
apraclonidine hcl 0.5% drops	\$0 (Tier 1)	
bimatoprost 0.03% eye drops	\$0 (Tier 1)	ST
brimonidine tartrate (tartrate 0.1% drop, tartrate 0.15% drp, 0.2% eye drop)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 235 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
OPHTHALMIC AGENTS		
brimonidine-timolol 0.2%-0.5%	\$0 (Tier 1)	
brinzolamide 1% eye drops	\$0 (Tier 1)	
dorzolamide hcl 2% eye drops	\$0 (Tier 1)	
IOPIDINE 1% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	
latanoprost 0.005% eye drops	\$0 (Tier 1)	
LUMIGAN 0.01% EYE DROPS	\$0 (Tier 2)	ST
methazolamide (25 mg tablet, 50 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
pilocarpine hcl (1% drops, 2% drops, 4% drops)	\$0 (Tier 1)	
RHOPRESSA 0.02% OPHTH SOLUTION	\$0 (Tier 2)	QL (5 per 30 days)
travoprost 0.004% eye drop	\$0 (Tier 1)	ST
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
OTIC AGENTS		
OTIC AGENTS		

\$0 (Tier 1)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 7711-1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 236 LAST UPDATED: 10/2025

acetic acid 2% ear solution

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
OTIC AGENTS		
CIPRO HC OTIC SUSPENSION	\$0 (Tier 2)	
ciproflox-dexameth otic susp	\$0 (Tier 1)	
fluocinolone oil 0.01% ear drp	\$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-hc ear soln	\$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-hc ear susp	\$0 (Tier 1)	
ofloxacin 0.3% ear drops	\$0 (Tier 1)	

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	6	
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED COP	RTICOSTEROIDS	
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG, 100 MCG, 200 MCG)	\$0 (Tier 2)	QL (30 per 30 days)
budesonide (0.25 mg/2 ml susp, 0.5 mg/2 ml susp, 1 mg/2 ml inh susp)	\$0 (Tier 1)	
flunisolide 0.025% spray	\$0 (Tier 1)	ST, QL (50 per 30 days)
fluticasone prop 100mcg diskus	\$0 (Tier 1)	QL (180 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 237 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
fluticasone prop 250 mcg disk	\$0 (Tier 1)	QL (240 per 30 days)
fluticasone prop 50 mcg diskus	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
fluticasone prop 50 mcg spray	\$0 (Tier 1)	QL (16 per 30 days)
QVAR REDIHALER (40 MCG, 80 MCG)	\$0 (Tier 2)	QL (21.2 per 30 days)
ANTIHISTAMINES		
azelastine 0.1% (137 mcg) spry	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
cyproheptadine hcl (2 mg/5 ml soln, 2 mg/5 ml syrup, 4 mg tablet, 4 mg/10 ml syrp)	\$0 (Tier 1)	PA
desloratadine 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
levocetirizine 2.5 mg/5 ml sol	\$0 (Tier 1)	
levocetirizine 5 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast sodium (4 mg granules, 4 mg tab chew, 5 mg tab chew, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
zafirlukast (10 mg tablet, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 238 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	8	
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERO	GIC	
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)
ipratropium br 0.02% soln	\$0 (Tier 1)	
ipratropium bromide (0.03% spray, 0.06% spray)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG, 2.5 MCG)	\$0 (Tier 2)	QL (4 per 30 days)
tiotropium 18 mcg cap-inhaler	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMI	ETIC	
albuterol sulfate (sul 0.63 mg/3 ml sol, sul 1.25 mg/3 ml sol, 2 mg/5 ml syrup cup, sul 2.5 mg/3 ml soln, sulf 2 mg/5 ml syrup, 2.5 mg/0.5 ml sol, 5 mg/ml solution, 8 mg/20 ml syrup cup, 15 mg/3 ml solution, 20 mg/4 ml solution, 25 mg/5 ml solution, 75 mg/15 ml soln, 100 mg/20 ml soln)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 239 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proair generic)	\$0 (Tier 1)	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (proventil generic)	\$0 (Tier 1)	QL (13.4 per 30 days)
albuterol sulfate hfa 90 mcg inhaler (ventolin generic)	\$0 (Tier 1)	QL (36 per 30 days)
arformoterol 15 mcg/2 ml soln	\$0 (Tier 1)	PA NSO
epinephrine (0.15 mg auto-injct, 0.3 mg auto-inject)	\$0 (Tier 1)	QL (2 per 30 days)
levalbuterol conc 1.25 mg/0.5	\$0 (Tier 1)	PA NSO
levalbuterol hcl (0.31 mg/3 ml sol, 0.63 mg/3 ml sol, 1.25 mg/3 ml sol)	\$0 (Tier 1)	PA NSO
levalbuterol tar hfa 45mcg inh	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
NEFFY (1 MG/0.1 ML NASAL SPRAY, 2 MG/0.1 ML NASAL SPRAY)	\$0 (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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 240 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 241 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP	\$0 (Tier 2)	PA
tobramycin (300 mg/4 ml, 300 mg/5 ml)	\$0 (Tier 1)	
TRIKAFTA (50-25-37.5 MG/75 MG, 100-50-75 MG/150 MG)	\$0 (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		
cromolyn sodium (20 mg/2 ml neb soln, 100 mg/5 ml oral conc)	\$0 (Tier 1)	
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, A	IRWAYS DISEASE	
roflumilast (250 mcg tablet, 500 mcg tablet)	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days), PA NSO
theophylline 80 mg/15ml oral solution	\$0 (Tier 1)	
theophylline anhydrous (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tab, er 450 mg tab)	\$0 (Tier 1)	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 242 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	}	
theophylline er (er 100 mg tablet, er 200 mg tablet, er 300 mg tablet, er 400 mg tablet, er 450 mg tablet, er 600 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TABLET, 1 MG TABLET, 1.5 MG TABLET, 2 MG TABLET, 2.5 MG TABLET)	\$0 (Tier 2)	PA, LA
ALYQ 20 MG TABLET	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
ambrisentan (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
bosentan (62.5 mg tablet, 125 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, LA, QL (60 per 30 days)
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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 243 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
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
sildenafil 20 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA
sildenafil citrate (10 mg/ml oral susp, 20 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA
tadalafil 20mg tablet (adcirca generic)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (60 per 30 days)
TADLIQ 20 MG/5 ML SUSPENSION	\$0 (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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 244 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	5	
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)
pirfenidone (267 mg capsule, 267 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (270 per 30 days)
pirfenidone (534 mg tablet, 801 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHE	R	
acetylcysteine (10% vial, 20% vial)	\$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)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 245 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	8	
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)
budesonide-formoterol fumarate (80-4.5, 160-4.5)	\$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
fluticasone prop hfa 220 mcg	\$0 (Tier 2)	QL (24 per 30 days)
fluticasone propionate hfa (hfa 44 mcg, hfa 110 mcg)	\$0 (Tier 2)	QL (12 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 246 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	3	
fluticasone-salmeterol (100-50, 250-50, 500-50)	\$0 (Tier 1)	QL (60 per 30 days)
fluticasone-salmeterol (55-14, 113-14, 232-14)	\$0 (Tier 1)	QL (1 per 30 days)
fluticasone-salmeterol hfa (45- 21, 115-21, 230-21)	\$0 (Tier 1)	QL (12 per 30 days)
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml	\$0 (Tier 1)	
NUCALA (100 MG/ML AUTO- INJECTOR, 100 MG/ML POWDER VIAL, 100 MG/ML SYRINGE)	\$0 (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

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS	6	
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)
اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
carisoprodol 350 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (120 per 30 days)
cyclobenzaprine hcl (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (90 per 30 days)
methocarbamol (500 mg tablet, 750 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	
orphenadrine er 100 mg tablet	\$0 (Tier 1)	PA

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 248 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
SLEEP DISORDER AGENTS		
SLEEP PROMOTING AGENTS		
eszopiclone (1 mg tablet, 2 mg tablet, 3 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
ramelteon 8 mg tablet	\$0 (Tier 1)	QL (30 per 30 days)
tasimelteon 20 mg capsule	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
temazepam (15 mg capsule, 30 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
triazolam (0.125 mg tablet, 0.25 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zaleplon (5 mg capsule, 10 mg capsule)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zolpidem tartrate (5 mg tablet, 10 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab, er 12.5 mg tab)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
armodafinil (50 mg tablet, 150 mg tablet, 200 mg tablet, 250 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 249 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
SLEEP DISORDER AGENTS		
modafinil (100 mg tablet, 200 mg tablet)	\$0 (Tier 1)	PA, QL (30 per 30 days)
sodium oxybate 0.5 g/ml soln	\$0 (Tier 1)	PA
XYWAV 0.5 GM/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Tier 2)	PA, LA

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
SUPPLIES		
SUPPLIES		
gauze pads & dressings - pads 2 x 2	\$0 (Tier 1)	ST
insulin pen needle	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syringe (disp) u-100 0.3 ml	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syringe (disp) u-100 1/2 ml	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
insulin syringe (disp) u-100 1ml	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)
isopropyl alcohol 0.7ml/ml medicated pad	\$0 (Tier 1)	ST

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 250 LAST UPDATED: 10/2025

اسم الدواء	كم سيكلفك الدواء (مستوى الشريحة)	الإجراءات الضرورية أو القيود أو الحدود القصوى للاستخدام
SUPPLIES		
needles, insulin disp., safety	\$0 (Tier 1)	ST, QL (200 per 30 days)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ CalOptima Health OneCare Complete على الرقم 1-877-412-2734 (TTY 711) ، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7أيام في الأسبوع. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يُرجى زيارة www.caloptima.org/onecare.

Formulary ID: 25516, Version: 32 251 LAST UPDATED: 10/2025

فهرس الأدوية المغطاة	ACTHAR SELFJECT 183	ALUNBRIG71
في هذا القسم ، يمكنك العثور على دواء من	ACTHIB VACCINE223	ALYACEN191
خلال البحث عن اسمه أبجديًا. سيخبرك هذا	ACTIMMUNE218	ALYFTREK245
برقم الصفحة حيث يمكنك العثور على	ACTIVELLA191	ALYQ243
معلومات تغطية إضافية لدوانك.	acyclovir108,162	amantadine88
	acyclovir sodium108	ambrisentan243
1	ADACEL TDAP223	amcinonide157
1ST	adefovir dipivoxil101	amikacin sulfate29
GENERATION/TYPICAL91	ADEMPAS243	amiloride hcl142
	ADLARITY49	
2	AIMOVIG AUTOINJECTOR62	hydrochlorothiazide138
2ND	AJOVY AUTOINJECTOR62	AMINOGLYCOSIDES29
GENERATION/ATYPICAL92	AJOVY SYRINGE62	AMINOSALICYLATES
	AKEEGA71	AND/OR PRODRUGS 227
A	ALA-CORT157	
	albendazole87	
	albuterol sulfate239	
	albuterol sulfate hfa 90 mcg	
	inhaler (Proair generic) 240	
	albuterol sulfate hfa 90 mcg	-
	inhaler (Proventil generic)240	-
	albuterol sulfate hfa 90 mcg	-
	inhaler (Ventolin generic)240	-
ABRYSVO VIAL223		ammonium lactate157
-	DETERRENTS/ANTI-	
	CRAVING	•
	ALECENSA71	
	alendronate sodium 228,229	
	alfuzosin hcl er181	
	aliskiren	
_	ALKYLATING AGENTS66	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	allopurinol61	
	alogliptin112	
	alogliptin-metformin	
	alosetron hcl172	
		SCLEROSIS (ALS)
ACNE AND ROSACEA	AGONISTS128	
		anagrelide hcl
	BLOCKING AGENTS129	
	alprazolam110	
ACTHAR 183	ALTAVERA 191	

ANALGESICS	ANTI-HIV AGENTS,	ANTIHISTAMINES238
	NUCLEOSIDE AND	
anastrozole70	NUCLEOTIDE REVERSE	ANTIMETABOLITES68
ANDROGENS187	TRANSCRIPTASE	ANTIMIGRAINE AGENTS62
ANESTHETICS26	INHIBITORS (NRTI)104	ANTIMIGRAINE AGENTS62
ANGELIQ191	ANTI-HIV AGENTS,	ANTIMYASTHENIC
ANGIOEDEMA AGENTS210	OTHER106	AGENTS64
ANGIOTENSIN II RECEPTOR	ANTI-HIV AGENTS,	ANTIMYCOBACTERIALS65
ANTAGONISTS129	PROTEASE INHIBITORS	ANTIMYCOBACTERIALS,
ANGIOTENSIN-CONVERTING	(PI)106	OTHER65
ENZYME (ACE)	ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED	ANTINEOPLASTICS66
INHIBITORS130	INHALED	ANTINEOPLASTICS69
ANNOVERA188	CORTICOSTEROIDS237	ANTINEOPLASTICS,
	ANTI-INFLUENZA	OTHER69
ANTHELMINTHICS87	AGENTS108	ANTIPARASITICS87
ANTI-	ANTIANDROGENS66	ANTIPARKINSON AGENTS.88
ADDICTION/SUBSTANCE	ANTIANGIOGENIC	ANTIPARKINSON AGENTS,
ABUSE TREATMENT	AGENTS67	OTHER88
AGENTS27	ANTIARRHYTHMICS131	ANTIPROTOZOALS87
ANTI-CONSTIPATION	ANTIBACTERIALS29	ANTIPSYCHOTICS91
AGENTS171	ANTIBACTERIALS, OTHER. 29	ANTIPSYCHOTICS99
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS	ANTICHOLINERGICS88	ANTISPASMODICS,
(CMV) AGENTS100	ANTICOAGULANTS121	GASTROINTESTINAL 173
	ANTICONVULSANTS40	
AGENTS172	ANTICONVULSANTS,	URINARY180
ANTI-HEPATITIS B (HBV)	OTHER40	ANTISPASTICITY
	ANTIDEMENTIA AGENTS49	
ANTI-HEPATITIS C (HCV)	ANTIDEPRESSANTS50	ANTISPASTICITY
AGENTS101	ANTIDEPRESSANTS,	AGENTS100
	OTHER50	
INTEGRASE INHIBITORS	ANTIDIABETIC AGENTS112	ANTITUBERCULARS65
(INSTI)102	ANTIEMETICS57	ANTIVIRAL, CORONAVIRUS
	ANTIEMETICS, OTHER57	
NUCLEOSIDE REVERSE	ANTIESTROGENS/MODIFIER	ANTIVIRALS100
	S68	
INHIBITORS (NNRTI)103	ANTIFUNGALS59	ANXIOLYTICS109
	ANTIFUNGALS59	ANXIOLYTICS, OTHER109
	ANTIGOUT AGENTS61	apraclonidine hcl235
	ANTIGOUT AGENTS61	aprepitant58
	ANTIHERPETIC AGENTS 108	APRI191
		APTIVUS 106

AQNEURSA175	AUGTYRO69	benazepril-
ARALAST NP176	AUSTEDO150	hydrochlorothiazide139
ARANELLE191	AUSTEDO XR150,151	BENIGN PROSTATIC
ARANESP124	AUSTEDO XR TITRATION	HYPERTROPHY AGENTS 181
ARCALYST213	KT(WK1-4)151	BENLYSTA213
AREXVY VACCINE223	AUVELITY50	BENZODIAZEPINES110
arformoterol tartrate240	AVIANE192	benztropine mesylate88
ARIKAYCE29	AVMAPKI-FAKZYNJA69	BESIVANCE
aripiprazole93	AVONEX152	BESREMI218
aripiprazole odt93	AVONEX (4 PACK)152	BETA-ADRENERGIC
ARISTADA93	AVONEX PEN152	BLOCKING AGENTS133
ARISTADA INITIO94	AVONEX PEN (4 PACK)152	BETA-LACTAM,
armodafinil249	AVYCAZ32	CEPHALOSPORINS32
ARNUITY ELLIPTA237	AYVAKIT71	BETA-LACTAM,
AROMATASE INHIBITORS,	AZASAN218	PENICILLINS34
3RD GENERATION70	AZASITE232	betaine anhydrous176
asenapine maleate94	azathioprine	betamethasone diprop
ASHLYNA191	azelaic acid156	augmented157
aspirin-dipyridamole er127	azelastine hcl232,238	betamethasone
ASTAGRAF XL218	azithromycin37	dipropionate157
atazanavir sulfate106	azithromycin 250 mg tablet	betamethasone valerate158
atenolol133	(dose pack)	BETASERON 0.3 MG
atenolol-chlorthalidone139	azithromycin 500 mg tablet	INJECTION
atomoxetine hcl148	(dose pack)	betaxolol hcl 133,235
atorvastatin calcium143	aztreonam29	bethanechol chloride 182
atovaquone87	AZURETTE192	BETOPTIC S235
atovaquone-proguanil hcl87		bexarotene86
atropine 1% eye drop231	В	BEXSERO
atropine sulfate231	bacitracin232	BEYAZ192
ATROVENT HFA239	bacitracin-polymyxin232	bicalutamide67
ATTENTION DEFICIT	baclofen100	BICILLIN C-R35
HYPERACTIVITY DISORDER	BALCOLTRA 192	BICILLIN L-A
AGENTS,	balsalazide disodium 227	BIKTARVY102
AMPHETAMINES147	BALVERSA71,72	bimatoprost235
ATTENTION DEFICIT	BALZIVA192	BIMZELX213
HYPERACTIVITY DISORDER	BAQSIMI116	BIMZELX AUTOINJECTOR213
AGENTS, NON-	BARACLUDE101	BIPOLAR AGENTS111
AMPHETAMINES148	BAXDELA38	bisoprolol fumarate133
	bcg vaccine (tice strain)223	-
	benazepril hcl130	-
AUBRA EQ	-	BIVIGAM

BLISOVI 24 FE 192	butalbital-acetaminophen-	carisoprodol24	48
BLISOVI FE192	caffeine 50-325-40 mg tablet 21	carteolol hcl	35
BLOOD GLUCOSE		CARTIA XT13	35
REGULATORS112	C	carvedilol13	33
	cabergoline207	caspofungin acetate	59
MODIFIERS121	CABLIVI 11 MG VIAL KIT127	CAYSTON	11
BLOOD PRODUCTS AND	CABOMETYX72	cefaclor	32
MODIFIERS, OTHER124	calcipotriene160	cefadroxil	32
BONSITY229	CALCITONIN GENE-RELATED	cefazolin sodium	32
BOOSTRIX TDAP224	PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR	cefdinir	32
bosentan243	ANTAGONISTS62	cefepime hcl	32
BOSULIF72	calcitonin-salmon229	cefixime	32
BRAFTOVI72	<i>calcitriol</i> 229	cefotetan	33
BREO ELLIPTA246	CALCIUM CHANNEL	cefoxitin	33
BREYNA246	BLOCKING AGENTS,	cefpodoxime proxetil	33
BREZTRI AEROSPHERE 246	DIHYDROPYRIDINES135	cefprozil	33
BRIELLYN192	CALCIUM CHANNEL	ceftazidime	33
BRILINTA127	BLOCKING AGENTS,	ceftriaxone	33
brimonidine tartrate235	NONDIHYDROPYRIDINES.135	cefuroxime	33
brimonidine tartrate-timolol. 236	CALCIUM CHANNEL	cefuroxime sodium	33
brinzolamide236	MODIFYING AGENTS43	celecoxib	22
BRIVIACT40	CALQUENCE72	CELLCEPT2	18
bromfenac sodium233	CAMILA	CENTRAL NERVOUS	
bromocriptine mesylate 89	CAMRESE LO192	SYSTEM AGENTS14	17
BRONCHODILATORS,	CAMZYOS139	CENTRAL NERVOUS	
ANTICHOLINERGIC239	candesartan cilexetil129	SYSTEM AGENTS,	
BRONCHODILATORS,	CAPLYTA94	OTHER15	50
SYMPATHOMIMETIC239	CAPRELSA72	cephalexin	33
BRUKINSA72	carbamazepine46	cevimeline hcl1	55
budesonide	carbamazepine er46	CHEMET16	36
budesonide dr	CARBAPENEMS36	chlordiazepoxide hcl1	10
budesonide ec228	carbidopa90	chlorhexidine gluconate1	55
budesonide-formoterol	carbidopa-levodopa90	chloroquine phosphate	<i>87</i>
fumarate246	carbidopa-levodopa er90	chlorpromazine hcl	91
bumetanide141	carbidopa-levodopa-	chlorthalidone14	42
	entacapone89		
buprenorphine-naloxone27	CARDIOVASCULAR	cholestyramine1	44
	AGENTS128		
bupropion hcl sr28,50	CARDIOVASCULAR AGENTS,	CHOLINESTERASE	
bupropion xl50	OTHER137	INHIBITORS	19
	cardumic acid 163		

<i>cilostazol</i> 127	clonidine hcl er148	cyclobenzaprine hcl248
CILOXAN232	clopidogrel128	cyclophosphamide66
CIMDUO105	clorazepate dipotassium44	<i>cyclosporine219,231</i>
cimetidine174	clotrimazole59	cyclosporine modified 219
	clotrimazole-	
CIMZIA 2X200 MG/ML	betamethasone160	CYRED192
SYRINGE KIT219	<i>clozapine99</i>	CYRED EQ193
cinacalcet hcl229	clozapine odt99	CYSTAGON176
CINRYZE210	COARTEM87	CYSTARAN176
CIPRO HC237	COBENFY99	CYSTIC FIBROSIS
ciprofloxacin hcl 38,232	COBENFY STARTER PACK.99	AGENTS241
•	codeine sulfate25	
ciprofloxacin-	<i>colchicine</i>	D
dexamethasone237	colesevelam hcl112,144	dabigatran etexilate 121
citalopram hbr52	colestipol hcl144	dalfampridine er152
CLARAVIS156	colistimethate30	DALVANCE30
clarithromycin37	COMBIPATCH192	danazol187
CLEOCIN162	COMBIVENT RESPIMAT246	dantrolene sodium100
CLIMARA PRO192	COMETRIQ72	DANZITEN
clindamycin (pediatric)30	CONSTULOSE171	dapsone65
clindamycin 1% gel 162	COPIKTRA72	DAPTACEL DTAP224
clindamycin hcl30	CORLANOR139	daptomycin30
clindamycin pediatric30	CORTROPHIN	darifenacin er180
clindamycin phos-benzoyl	CORTROPHIN GEL 400	darunavir106
perox156	UNIT/5 ML183	dasatinib73
clindamycin phosphate 30,162	COSENTYX (2 SYRINGES)213	DAURISMO73
	COSENTYX SENSOREADY (2	
CLINIMIX167	PENS)213	DEBLITANE203
	COSENTYX SENSOREADY	
CLINISOL167	PEN213	deferiprone166
CLINOLIPID	COSENTYX SYRINGE214	deferiprone (3 times a day). 166
clobazam	COSENTYX UNOREADY	deflazacort183
clobetasol emollient158	PEN214	DELSTRIGO103
clobetasol propionate158	COTELLIC73	demeclocycline hcl39
clomipramine hcl56	CRENESSITY185	DENTAL AND ORAL
clonazepam43,44	CREON176	AGENTS155
clonazepam 0.125 mg odt44	CRINONE	DENTAL AND ORAL
clonazepam 0.5 mg odt44	cromolyn sodium232,242	AGENTS155
	CROTAN	
	CRYSELLE192	
	CTEXLI 176	

DERMATITIS AND PRURITUS	dicloxacillin sodium35	dorzolamide-timolol231
AGENTS157	dicyclomine hcl	DOTTI188
DERMATOLOGICAL	DIFICID37	DOVATO103
AGENTS156	diflorasone diacetate158	doxazosin mesylate129
DERMATOLOGICAL AGENTS,	difluprednate234	doxepin hcl56,158
OTHER160	digoxin	doxercalciferol229
DESCOVY105	digoxin 125 mcg tablet 132	DOXY 10039
desipramine hcl56	digoxin 250 mcg tablet132	doxycycline hyclate 39,155
desloratadine238	dihydroergotamine mesylate. 63	doxycycline monohydrate 39
desmopressin 10 mcg/0.1 ml	DILANTIN47	DRIZALMA SPRINKLE52
spr185	DILANTIN-12547	dronabinol58
-	DILT-XR136	-
desonide158	diltiazem 12hr er136	<i>levomef193</i>
	diltiazem 24hr er136	
	diltiazem 24hr er (cd) 136	
desvenlafaxine succinate er52	diltiazem 24hr er (xr)136	droxidopa129
dexamethasone183	diltiazem hcl136	DUAVEE204
dexamethasone sodium	dimethyl fumarate153	duloxetine hcl52
phosphate234	diphenoxylate-atropine172	DUPIXENT PEN214
dextroamphetamine sulfate. 147	dipyridamole128	DUPIXENT SYRINGE214
dextroamphetamine sulfate	disopyramide phosphate132	dutasteride181
er147,148	disulfiram27	DUVYZAT176
dextroamphetamine-amphet	DIURETICS, LOOP141	DYSLIPIDEMICS, FIBRIC
	DIURETICS, POTASSIUM-	
dextroamphetamine-	SPARING142	DYSLIPIDEMICS, HMG COA
amphetamine147,148	DIURETICS, THIAZIDE 142	REDUCTASE INHIBITORS 143
dextrose 10%-0.2% nacl167	DIURIL142	DYSLIPIDEMICS, OTHER. 144
dextrose 10%-0.45% nacl167	divalproex sodium40	_
dextrose 2.5%-0.45% nacl167	divalproex sodium er41	E
dextrose 5%-0.2% nacl168	<i>dofetilide132</i>	ec-naproxen23
dextrose 5%-0.225% nacl168	DOJOLVI166	econazole nitrate163
dextrose 5%-0.45% nacl168	DOLISHALE193	EDURANT103
dextrose 5%-0.9% nacl168	donepezil hcl49	EDURANT PED104
dextrose in water168	donepezil hcl odt49	<i>efavirenz</i> 104
DIACOMIT40	DOPAMINE AGONISTS89	efavirenz-emtric-tenofov
diazepam44,110	DOPAMINE PRECURSORS	<i>disop</i> 104
diazoxide116	AND/OR L-AMINO ACID	efavirenz-lamivu-tenofov
diclofenac epolamine22	DECARBOXYLASE	disop104
diclofenac potassium22	INHIBITORS90	EGRIFTA SV185
diclofenac sodium22,160,234	DOPTELET128	
diclofenac sodium er 22	dorzolamide hcl 236	

ELECTROLYTE/MINERAL	ENGERIX-B PEDIATRIC-	ESTRING	190
REPLACEMENTS163	ADOLESCENT224	ESTROGENS	188
ELECTROLYTE/MINERAL/ME	ENILLORING193	eszopiclone	249
TAL MODIFIERS166	enoxaparin sodium122	ethambutol hcl	.65
ELECTROLYTES/MINERALS/	ENPRESSE193	ethosuximide	43
METALS/VITAMINS163	ENSKYCE193	ethynodiol-ethinyl estradiol.	193
ELECTROLYTES/MINERALS/	ENSPRYNG153	etodolac	. 23
	entacapone89		
ELIGARD207	entecavir101	estradiol	193
	ENULOSE171		
SYRINGE	EPCLUSA101,102	EULEXIN	. 67
ELIGARD 30 MG SYRINGE207	EPIDIOLEX 100 MG/ML	everolimus	219
	SOLUTION41		
	epinephrine240		
	eplerenone145		
	EPOGEN125	ezetimibe	144
	ERAXIS59	=	
eltrombopag olamine 124,125	ERGOT ALKALOIDS63	F	
	ERIVEDGE		
	ERLEADA67		
	erlotinib hcl73		
	ERMEZA		
	ERRIN203		
	ertapenem36		
	ERYTHROCIN		
	LACTOBIONATE37		
	<i>erythromycin</i> 38,163,233		
	erythromycin-benzoyl		
	peroxide	•	
•	ERZOFRI94		
	escitalopram oxalate52,53		
•	eslicarbazepine acetate47		
	esomeprazole magnesium . 175		
	ESTARYLLA193		
enalapril-	ESTRACE		
-	estradiol189		
	estradiol (once weekly) 189		
	estradiol (twice weekly)189		
	estradiol valerate 189		
ENDOCET21		FILSUVEZ	
FNGERIX-R ADIII T 224	acetat 193	finasteride	182

<i>fingolimod153</i>	<i>furosemide142</i>	GENETIC, ENZYME, OR
FINTEPLA41	FYAVOLV194	PROTEIN DISORDER:
FINZALA194	FYCOMPA41	REPLACEMENT, MODIFIERS,
FIRMAGON	FYLNETRA125	TREATMENT175
FLAREX234		GENETIC, ENZYME, OR
flavoxate hcl180	G	PROTEIN DISORDER:
flecainide acetate132	gabapentin44	REPLACEMENT, MODIFIERS,
fluconazole59	GALAFOLD176	TREATMENT175
fluconazole in saline59	galantamine er49	GENGRAF219
fluconazole-nacl59	galantamine hbr49	GENITOURINARY
flucytosine59	galantamine hydrobromide49	AGENTS180
fludrocortisone acetate183	GALBRIELA194	GENITOURINARY AGENTS,
flunisolide237	GALLIFREY203	OTHER182
fluocinolone acetonide158	GAMMA-AMINOBUTYRIC	GENOTROPIN
fluocinolone acetonide oil237	ACID (GABA) MODULATING	gentamicin sulfate 29,163,233
fluocinonide158	AGENTS43	gentamicin sulfate in ns29
fluocinonide-e159	GAMMAGARD LIQUID211	GENVOYA103
fluoride163	GAMMAGARD S-D211	GILENYA153
fluorometholone	GAMMAKED211	GILOTRIF74
fluorouracil 160,161	GAMMAPLEX211	GIMOTI57
fluoxetine hcl53	GAMUNEX-C211	GLASSIA177
fluphenazine decanoate91	GARDASIL 9	glatiramer acetate153
fluphenazine hcl91	GASTROINTESTINAL	GLATOPA153
flurbiprofen sodium234	AGENTS171	GLEOSTINE66
fluticasone	GASTROINTESTINAL	glimepiride112
propionate159,237,238	AGENTS, OTHER173	<i>glipizide112</i>
fluticasone propionate hfa 246	gatifloxacin233	glipizide er112
fluticasone-salmeterol247	GATTEX 5 MG INJECTION 173	<i>glipizide xl112,113</i>
fluticasone-salmeterol hfa 247	gauze pads & dressings - pads	glipizide-metformin113
	2 x 2	
	GAVILYTE-C173	
fondaparinux sodium122	GAVILYTE-G173	EMERGENCY KIT116
fosamprenavir calcium107	GAVILYTE-N	GLUCOCORTICOIDS228
fosfomycin tromethamine30	GAVRETO74	glucose 5%-0.9% nacl168
fosinopril sodium130	<i>gefitinib74</i>	glucose in water168
fosinopril-	gemfibrozil143	glyburide113
hydrochlorothiazide139	GEMMILY194	glyburide-metformin hcl113
	GEMTESA180	
FRAGMIN122,123	GENERLAC 171	glycopyrrolate173
FRUZAQLA74		GOLYTELY173
FUI PHILA 125		GOMEKII 74

granisetron hcl58	HORMONAL AGENTS,	HUMALOG MIX 50-50
GRANIX125	STIMULANT/REPLACEMENT/	KWIKPEN118
GRASTEK212	MODIFYING (ADRENAL)183	HUMALOG MIX 75-25118
griseofulvin60	HORMONAL AGENTS,	HUMALOG MIX 75-25
griseofulvin ultramicrosize 60	STIMULANT/REPLACEMENT/	KWIKPEN118
guanfacine hcl129	MODIFYING (PITUITARY). 185	HUMATROPE185
guanfacine hcl er149	HORMONAL AGENTS,	HUMIRA219
GVOKE116	STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMIRA PEN220
GVOKE HYPOPEN 1-	MODIFYING (PITUITARY)185	HUMIRA(CF)220
PACK117	HORMONAL AGENTS,	HUMIRA(CF) PEN220
GVOKE HYPOPEN 2-	STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-
PACK117	MODIFYING (SEX	UC-HS220
GVOKE PFS 1-PACK	HORMONES/MODIFIERS).187	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-
SYRINGE117	HORMONAL AGENTS,	ADOL HS220
GVOKE PFS 2-PACK	STIMULANT/REPLACEMENT/	HUMULIN 70-30118
SYRINGE117	MODIFYING (SEX	HUMULIN 70/30 KWIKPEN 118
	HORMONES/MODIFIERS),	HUMULIN N118
H	OTHER191	HUMULIN N KWIKPEN119
HAEGARDA210	HORMONAL AGENTS,	HUMULIN R119
HAILEY 24 FE194	STIMULANT/REPLACEMENT/	hydralazine hcl146
halobetasol propionate159	MODIFYING (THYROID)204	hydrochlorothiazide142
HALOETTE194	HORMONAL AGENTS,	hydrocodone-
haloperidol91	STIMULANT/REPLACEMENT/	acetaminophen21
haloperidol decanoate91	MODIFYING (THYROID)204	hydrocodone-acetaminophen
haloperidol decanoate 100 91	HORMONAL AGENTS,	10-325mg
haloperidol lactate91	SUPPRESSANT (ADRENAL	hydrocodone-acetaminophen
HAVRIX224	OR PITUITARY)207	<i>5-325mg</i> 21
HEATHER203	HORMONAL AGENTS,	hydrocodone-acetaminophen
HEMADY86	SUPPRESSANT (ADRENAL	7.5-325mg21
HEMOSTASIS AGENTS127	OR PITUITARY)207	hydrocodone-ibuprofen22
heparin sodium123	HORMONAL AGENTS,	hydrocortisone159,228
HEPLISAV-B224	SUPPRESSANT	hydrocortisone butyrate 159
	(THYROID)210	
HIBERIX VACCINE224	HUMALOG118	hydromorphone hcl25
HISTAMINE-2 (H2)	HUMALOG JUNIOR	hydroxychloroquine sulfate87
	KWIKPEN118	
ANTAGONISTS174	HUMALOG KWIKPEN U-	hydroxyzine 2 mg/ml oral
	100118	
	HUMALOG KWIKPEN U-	
MODIFYING (ADRENAL)183	200118	hydroxyzine pamoate110

	INGREZZA INITIATION	IQIRVO173
	PK(TARDIV)151	irbesartan129
ibandronate sodium229	INGREZZA SPRINKLE 151	irbesartan-
IBRANCE	INLYTA76	hydrochlorothiazide140
IBTROZI	INQOVI69	ISENTRESS103
IBU23	INREBIC76	ISENTRESS HD103
ibuprofen23	insulin aspart119	ISIBLOOM195
	insulin aspart flexpen 119	
ICLEVIA194	insulin aspart penfill119	DEXTROSE168
ICLUSIG75	insulin aspart prot mix 70-	ISOLYTE S164
icosapent ethyl144	30119	isoniazid65
IDHIFA75	insulin glargine max	isopropyl alcohol 0.7ml/ml
ILUMYA214	solostar119	medicated pad250
imatinib mesylate	insulin glargine solostar119	isosorbide dinitrate146
IMBRUVICA	insulin glargine-yfgn119	isosorbide mononit er 60 mg
imipenem-cilastatin sodium 36	insulin lispro119	tb146
imipramine hcl56	insulin lispro junior kwikpen.119	isosorbide mononitrate er 146
<i>imiquimod</i> 161	insulin lispro kwikpen u-100.119	isotretinoin
IMKELDI76	insulin lispro protamine mix. 119	ISTURISA186
IMMUNOGLOBULINS211	insulin pen needle250	ITOVEBI76
IMMUNOLOGICAL	insulin syringe (disp) u-100 0.3	itraconazole60
AGENTS210	ml250	ivabradine hcl140
IMMUNOLOGICAL	insulin syringe (disp) u-100 1/2	ivermectin
AGENTS212	ml250	IWILFIN
IMMUNOLOGICAL AGENTS,	insulin syringe (disp) u-100	IXIARO VACCINE225
OTHER213	1ml	
IMMUNOSTIMULANTS218	INSULINS118	J
IMMUNOSUPPRESSANTS 218	INTELENCE104	JAIMIESS195
IMOVAX RABIES	INTRALIPID	JAKAFI76
VACCINE224	INTRAROSA194	jantoven123
IMPAVIDO87	INTROVALE195	JANUMET114
IMVEXXY190	INVEGA HAFYERA95	JANUMET XR114
INCASSIA	INVEGA SUSTENNA95	JANUVIA114
INCRELEX186	INVEGA TRINZA95,96	JARDIANCE114
INCRUSE ELLIPTA239	INVOKAMET113	JASMIEL195
indapamide142	INVOKAMET XR113	JAVYGTOR177
indomethacin23	INVOKANA113	JAYPIRCA76
<b>INFANRIX DTAP VACCINE 224</b>	IOPIDINE	JAYTHARI183
INFLAMMATORY BOWEL	IPOL224	JINTELI195
DISEASE AGENTS227	ipratropium bromide 239	JOENJA214
	ipratropium-albuterol 247	

	KURVELO196	
	KYLEENA196	
JULUCA103		levocetirizine
JUNEL		dihydrochloride238
	I-glutamine	
	labetalol hcl133	
	lacosamide	
	lactulose171	•
	lamivudine105	
JYNNEOS VACCINE225	lamivudine 100 mg tablet 101	_
V	lamivudine-zidovudine105	
K	_	levorphanol tartrate24
	lamotrigine (blue)41	
	lamotrigine (green)41	
	lamotrigine (orange)41	
	lansoprazol-amoxicil-	
	<i>clarithro</i> 173	
	lansoprazole175	
	LANTUS119	
kcl-d5w-0.9% nacl169	LANTUS SOLOSTAR120	linezolid30
KELNOR 1-35196	lapatinib77	linezolid-d5w30
	LARIN	
ketoconazole60	LARIN FE196	liothyronine sodium205
ketorolac tromethamine234	latanoprost	lisinopril130,131
KEVEYIS177	LAZCLUZE	lisinopril-
KEVZARA214	ledipasvir-sofosbuvir102	hydrochlorothiazide140
KINERET214	leflunomide221	LITFULO214
KINRIX VACCINE 225	lenalidomide67	lithium carbonate111
KIONEX170	LENVIMA77	lithium carbonate er111
KISQALI	LESSINA196	lithium citrate
KISQALI FEMARA CO-	<i>letrozole</i> 71	LITHOSTAT182
PACK69	leucovorin calcium86	LIVTENCITY100
KLAYESTA60	LEUKERAN66	LO LOESTRIN FE197
KLOR-CON 10164	LEUKINE218	LOCAL ANESTHETICS 26
KLOR-CON 8164	leuprolide acetate208	LOESTRIN197
KLOXXADO28	leuprolide depot208	LOESTRIN FE197
KOSELUGO77	levalbuterol concentrate240	lofexidine hcl27
KOURZEQ155	levalbuterol hcl240	LOJAIMIESS197
KRAZATI77	levalbuterol tartrate hfa240	LOKELMA170
KRINTAFEL87	levetiracetam41	LONSURF69
KRISTALOSE171	levetiracetam er	loperamide

Iopinavir-ritonavir 107	MARPLAN51	methotrexate221
lorazepam111	MAST CELL STABILIZERS 242	methotrexate sodium221
LORAZEPAM INTENSOL 111	MATULANE66	methoxsalen161
LORBRENA	MAVENCLAD153	methsuximide43
LORYNA197	MAVYRET102	methylphenidate149
Iosartan potassium130	MAYZENT153,154	methylphenidate er149
losartan-	meclizine hcl57	methylphenidate er (la)149
hydrochlorothiazide140	medroxyprogesterone	methylphenidate hcl149
LOTEMAX234	acetate	methylphenidate hcl cd150
loteprednol etabonate234	mefloquine hcl87	methylphenidate hcl er (cd).150
<i>lovastatin</i>	megestrol acetate203	methylphenidate la150
LOW-OGESTREL 197	megestrol acetate 40mg/ml oral	methylphenidate sr150
<i>loxapine92</i>	suspension	methylprednisolone184
<i>lubiprostone</i>	MEKINIST78	methyltestosterone187
LUMAKRAS78	MEKTOVI78	metoclopramide hcl57
LUMIGAN	MELEYA203	metolazone143
LUPKYNIS	<i>meloxicam</i>	metoprolol succinate 134
LUPRON DEPOT208	memantine hcl49,50	metoprolol tartrate134
LUPRON DEPOT	memantine hcl er50	metoprolol-
(LUPANETA)208	MENOSTAR190	hydrochlorothiazide140
LUPRON DEPOT-PED208	MENQUADFI225	metronidazole31
lurasidone hcl96	MENVEO VACCINE225	metyrosine140
LUTERA197	meperidine hcl25	mexiletine hcl132
LYBALVI96	meprobamate110	MIBELAS 24 FE197
LYLEQ203	mercaptopurine68	micafungin60
LYLLANA190	<i>meropenem37</i>	miconazole 3 60
LYNPARZA	MERZEE197	MICROGESTIN197
	mesalamine227	
LYTGOBI	mesalamine dr227	midodrine hcl129
LYUMJEV120	mesalamine er227	mifepristone208
LYUMJEV KWIKPEN U-100120	mesna86	MIGERGOT
LYUMJEV KWIKPEN U-200120	METABOLIC BONE DISEASE	<i>miglustat</i> 177
LYZA203	AGENTS	MILI198
	METABOLIC BONE DISEASE	MIMVEY198
M	AGENTS228	MINERALOCORTICOID
M-M-R II VACCINE	metformin hcl114	RECEPTOR
MACROLIDES37	metformin hcl er114	ANTAGONISTS145
magnesium sulfate164,169	methadone hcl24	minocycline hcl40
	methazolamide236	
	methimazole210	
MARI ISSA 107	methocarbamol 248	MIPI YEEA 177

MIRENA198		NEUPOGEN125
mirtazapine51	N	NEUPRO89
misoprostol174		NEVANAC234
modafinil250	(NMDA) RECEPTOR	nevirapine104
MODEYSO79	ANTAGONIST49	nevirapine er104
	nabumetone23	
MOLECULAR TARGET	nadolol134	NEXLIZET145
INHIBITORS71	nafcillin sodium35	NEXPLANON204
molindone hcl92	naftifine hcl163	NEXTSTELLIS198
mometasone furoate159	naloxone hcl28	niacin er145
MONOAMINE OXIDASE B	naltrexone hcl27	NICOTROL NS28
(MAO-B) INHIBITORS90	naproxen23	<i>nifedipine</i> 135
MONOAMINE OXIDASE	naratriptan 1 mg tablet63	nifedipine er135
INHIBITORS51	naratriptan 2.5 mg tablet63	NIKKI198
montelukast sodium 238	NATACYN233	nilutamide67
MOOD STABILIZERS111	NATAL PNV169	<i>nimodipine135</i>
•	NATAZIA198	
morphine sulfate er24	nateglinide115	nitazoxanide87
MOUNJARO114	NAYZILAM45	NITRO-BID146
MOVANTIK172	nebivolol hcl	nitrofurantoin31
moxifloxacin38,233	NECON198	nitrofurantoin mono-macro31
moxifloxacin hcl38	needles, insulin disp., safety251	nitroglycerin146
MRESVIA225	nefazodone hcl 53,54	nitroglycerin patch146
MULTAQ132	NEFFY240	NITROSTAT147
multiple electrolytes t1	NEO-POLYCIN231	NIVESTYM126
ph5.5164	NEO-POLYCIN HC231	nizatidine174
multiple electrolytes t1	neomycin sulfate29	NONSTEROIDAL ANTI-
ph7.4164	neomycin-bacitracin-poly-hc231	INFLAMMATORY DRUGS 22
MULTIPLE SCLEROSIS	neomycin-bacitracin-	NORA-BE
	polymyxin231	NORDITROPIN FLEXPRO .186
		norelgestromin-eth
MYALEPT173	dexameth231	estradiol198
	neomycin-polymyxin-	
	gramicidin231	
	neomycin-polymyxin-hc231,237	_
	neomycin-polymyxin-	
	<i>hydrocort</i>	
	NEORAL222	
MYTESI172	NERLYNX	
	NEUAC156	
	NEULASTA 125	<i>iron</i> 199

norgestimate-ethinyl	ODOMZO79	OPIOID ANALGESICS.
	OFEV245	
	ofloxacin	
	OGSIVEO70	
	OJEMDA79	
NOURIANZ89	OJJAARA79	OPIPZA96
NOVOLIN 70-30120	olanzapine96	OPSUMIT243
	olanzapine odt96	
	olanzapine-fluoxetine hcl51	
NOVOLIN N FLEXPEN120	olmesartan medoxomil130	ORAPRED ODT184
NOVOLIN R 120	olmesartan-	ORENCIA215
NOVOLIN R FLEXPEN120	hydrochlorothiazide140	ORENCIA CLICKJECT215
NOVOLOG121	OLUMIANT215	ORENITRAM ER243
	omega-3 acid ethyl esters 145	
	omeprazole175	
	OMNITROPE186	
	OMVOH215	
	OMVOH PEN215	
	ONAPGO89	
	ondansetron hcl58	
	ondansetron odt58	
	ONGENTYS	
	ONUREG	
	OPHTHALMIC AGENTS231	
	OPHTHALMIC AGENTS,	•
	OTHER231	
	OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY	
	AGENTS232	
NYMALIZE 60 MG/ML ORAL		OTEZLA161
	INFECTIVES 232	
	OPHTHALMIC ANTI-	
-	INFLAMMATORIES233	
	OPHTHALMIC BETA-	
NYVEPRIA126	ADRENERGIC BLOCKING	•
0		oxcarbazepine47
0	OPHTHALMIC INTRAOCULAR	
	PRESSURE LOWERING	
	AGENTS, OTHER235	
	OPIOID ANALGESICS, LONG-	
	ACTING24	
ODEFSEY105		oxycodone hcl25

oxycodone-acetaminophen. 22	pentoxifylline140	polymyxin b sul-
oxymorphone hcl26	perampanel42	trimethoprim233
oxymorphone hcl er25	perindopril erbumine131	polymyxin b sulfate31
OZEMPIC115	permethrin	POMALYST
	perphenazine92	PONVORY154
P	perphenazine-amitriptyline 51	PORTIA199
paliperidone er97	PERSERIS97	posaconazole61
PALYNZIQ177	PERSERIS ER 90 MG	POTASSIUM BINDERS170
PANCREAZE177	SYRINGE KIT97	potassium chloride164
PANRETIN86	PERTZYE178	potassium chloride in d5lr. 168
pantoprazole sodium175	phenelzine sulfate51	potassium chloride proamp.165
PANZYGA212	phenobarbital45	potassium chloride-0.45%
PARASYMPATHOMIMETICS.6	phenoxybenzamine hcl129	nacl165
4	PHENYTEK47	potassium chloride-0.9%
paricalcitol	phenytoin48	nacl165
paroxetine hcl54	phenytoin sodium extended48	potassium chloride-dextrose
PAXLOVID109	PHOSPHODIESTERASE	5%168
pazopanib hcl79	INHIBITORS, AIRWAYS	potassium chloride-water 165
PEDIARIX225	DISEASE242	potassium citrate er 165
PEDICULICIDES/SCABICIDES	PIFELTRO104	pramipexole dihydrochloride .89
162	pilocarpine hcl 155,231,236	prasugrel hcl128
PEDVAXHIB225	pimecrolimus159	pravastatin sodium143
peg 3350-electrolyte173	<i>pimozide</i>	praziquantel87
peg-3350 and electrolytes 173	PIMTREA199	prazosin hcl129
peg3350-sod sul-nacl-kcl-asb-	pindolol134	PRED MILD235
c174	pioglitazone hcl115	prednisolone184
PEGASYS218	piperacillin-tazobactam36	prednisolone acetate 235
PEMAZYRE80	PIQRAY80	prednisolone sodium
PENBRAYA VACCINE 225	pirfenidone245	phosphate184
	piroxicam23	
penicillamine182	PLASMA-LYTE A164	PREDNISONE INTENSOL.184
penicillin g potassium 36	PLASMA-LYTE A PH 7.4164	pregabalin45
penicillin g sodium 36	PLATELET MODIFYING	pregabalin er151
penicillin gk-iso-osm	AGENTS127	PREMARIN190
dextrose36	PLEGRIDY154	PREMASOL169
penicillin v potassium 36	PLEGRIDY PEN154	PREMPHASE199
PENMENVY MEN A-B-C-W-	PLENAMINE178	PREMPRO200
Y225	pmdd fluoxetine 10mg tablet .54	prenatal vitamin with minerals
PENTACEL VACCINE225	pmdd fluoxetine 20mg tablet .54	and folic acid greater than 0.8
pentamidine isethionate88	podofilox161	mg oral tablet
DENITASA 228	POLYCIN 233	PREVALITE 145

PREVYMIS	101	pyridostigmine bromide 64	RELEUKO126
PREZCOBIX	107	pyridostigmine bromide er64	RELISTOR172
PREZISTA	107	pyrimethamine88	repaglinide115
PRIFTIN	.65	PYRUKYND178	REPATHA SURECLICK145
primaquine	.88	PYRUKYND 20 MG	REPATHA SYRINGE145
primidone	45	TABLET178	RESPIRATORY TRACT
PRIORIX2	225	PYRUKYND 5 MG TABLET 178	AGENTS, OTHER245
PRIVIGEN2	212	PYRUKYND 50 MG	RESPIRATORY
probenecid	. 62	TABLET178	TRACT/PULMONARY
probenecid-colchicine	.62		AGENTS237
prochlorperazine			RETACRIT126
prochlorperazine maleate	. 57	QBREXZA161	RETEVMO80
PROCRIT	126	QINLOCK80	RETINOIDS86
PROCTO-MED HC	159	QUADRACEL DTAP-IPV225	REVCOVI178
PROCTOSOL-HC	159	quetiapine fumarate97	REVUFORJ70
PROCTOZONE-HC	159	quetiapine fumarate er97	REXULTI97
progesterone	204	quinapril hcl131	REYATAZ107
PROGESTINS2	202	quinidine gluconate132	REZDIFFRA206
PROGRAF2	222	quinidine sulfate132	REZLIDHIA80
PROLASTIN C	178	quinine sulfate88	REZUROCK212
PROLIA2	229	QUINOLONES38	RHOPRESSA236
promethazine hcl	.57	QVAR REDIHALER238	ribavirin102
PROMETHEGAN	58		rifabutin65
propafenone hcl	132	R	rifampin65
propafenone hcl er	132	RABAVERT VACCINE226	riluzole147
propranolol hcl	134	rabeprazole sodium175	rimantadine hcl108
propranolol hcl er	134	RADICAVA ORS147	RINVOQ215
propylthiouracil	210	RALDESY54	RINVOQ LQ215
PROQUAD2	225	raloxifene hcl	risedronate sodium 229,230
PROSOL	170	ramelteon249	risedronate sodium 35 mg tab
PROTECTANTS	174	ramipril131	(dose pack of 12)230
PROTON PUMP		ranolazine er140	risperidone98
INHIBITORS	175	rasagiline mesylate90	risperidone er98
protriptyline hcl	.56	RAVICTI178	risperidone odt98
PRURADIK	162	RAYALDEE229	ritonavir107
PULMONARY		REBIF154	rivaroxaban123
ANTIHYPERTENSIVES2	243	REBIF REBIDOSE154	rivastigmine49
PULMONARY FIBROSIS		RECLIPSEN200	RIVELSA200
AGENTS2	245	RECOMBIVAX HB226	RIVFLOZA178,179
PULMOZYME2	241	RECORLEV209	rizatriptan63
nyrazinamide	65	RELENZA 108	roflumilast 242

ROMVIMZA80	sildenafil citrate244	sodium polystyrene
ropinirole hcl90	SILIQ215	sulfonate170
rosuvastatin calcium143	SILVADENE161	sodium sulfacetamide39
ROSYRAH200	silver sulfadiazine161	sofosbuvir-velpatasvir102
ROTARIX226	SIMLANDI(CF)	SOGROYA187
ROTATEQ226	SIMLANDI(CF)	SOHONOS230
ROZLYTREK80,81	AUTOINJECTOR222	solifenacin succinate181
RUBRACA81	SIMPONI222	SOLOSEC31
rufinamide48	simvastatin144	SOLTAMOX68
RUKOBIA106	<i>sirolimus223</i>	SOMAVERT209
RYBELSUS115	SIRTURO66	sorafenib81
RYDAPT81	SIVEXTRO31	sotalol133
	SKELETAL MUSCLE	SOTALOL AF133
S	RELAXANTS248	SOTYKTU216
sacubitril-valsartan141	SKELETAL MUSCLE	SOVALDI102
SAFYRAL	RELAXANTS248	SPIRIVA RESPIMAT239
SAJAZIR210	SKYCLARYS151	spironolactone145
SANDIMMUNE222	SKYLA200	spironolactone-hctz141
SANTYL161	SKYRIZI216	SPRINTEC200
sapropterin dihydrochloride. 179	SKYRIZI 180 MG/1.2 ML ON-	SPRITAM42
SAVELLA152	BODY216	SPS170
SCEMBLIX81	SKYRIZI ON-BODY216	SRONYX200
scopolamine58	SKYRIZI PEN215	SSD161
SECUADO98	SKYTROFA186	SSRIS/SNRIS (SELECTIVE
SELECTIVE ESTROGEN	SLEEP DISORDER	SEROTONIN REUPTAKE
RECEPTOR MODIFYING	AGENTS249	INHIBITOR/SEROTONIN AND
	SLEEP PROMOTING	
	AGENTS249	REUPTAKE INHIBITOR)52
selenium sulfide160	SMOKING CESSATION	STELARA216
SELZENTRY106	AGENTS28	STIMUFEND126
SEREVENT DISKUS240	sod sulf-potass sulf-mag	STIOLTO RESPIMAT247
SEROSTIM174,186	sulf174	STIVARGA 81
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	SODIUM CHANNEL	
RECEPTOR AGONISTS63	AGENTS46	STRIBILD103
sertraline hcl54	sodium chloride165	STRIVERDI RESPIMAT240
SETLAKIN200	sodium chloride-water 166	SUBVENITE42
SHAROBEL204	sodium fluoride 2.2 mg (fluoride	SUBVENITE (BLUE)42
SHINGRIX VACCINE226	ion 1 mg) oral tablet166	SUBVENITE (GREEN)42
	sodium oxybate250	
SIKLOS179	sodium phenylbutyrate179	sucralfate174
sildenafil 244		sulfacetamide sodium 39,233

sulfacetamide-prednisolone 232	TALTZ 80 MG/ML	theophylline anhydrous 242
sulfadiazine39	SYRINGE	theophylline er243
sulfamethoxazole-	TALTZ SYRINGE216	thioridazine hcl92
trimethoprim39	TALZENNA 82	thiothixene92
SULFAMYLON163	tamoxifen citrate 68	THYQUIDITY206
sulfasalazine228	tamsulosin hcl	TIADYLT ER 137
sulfasalazine dr228	TARINA 24 FE200	tiagabine hcl45
SULFONAMIDES39	TARINA FE200	TIBSOVO82
<i>sulindac24</i>	TARINA FE 1-20 EQ200	TICOVAC226
sumatriptan	TARPEYO212	tigecycline31
sumatriptan succinate64	TASCENSO ODT154	TIGLUTIK 50 MG/10 ML
sunitinib malate81	TASIGNA82	SUSP147
SUNLENCA106	<i>tasimelteon249</i>	TILIA FE201
SUPPLIES250	TAVALISSE128	timolol maleate135,235
SUPPLIES250	TAVNEOS212	tinidazole31
SUTAB172	<i>tazarotene</i>	tiopronin182
SYEDA200	TAZICEF34	tiotropium bromide239
SYMDEKO241	TAZVERIK82	TIROSINT-SOL206
SYMLINPEN 120115	TEFLARO34	TIVICAY103
SYMLINPEN 60115	telmisartan130	TIVICAY PD103
SYMPAZAN45	temazepam249	tizanidine hcl100
	TENIVAC	
SYNAREL	tenofovir disoproxil	TOBRADEX232
SYNJARDY115	fumarate101	tobramycin233,242
SYNJARDY XR 115,116	TEPMETKO70	tobramycin sulfate29
SYNTHROID	terazosin hcl129	tobramycin-
_	terbinafine hcl61	dexamethasone232
T	terconazole61	TOBREX233
TABLOID69	teriflunomide154	tolcapone89
TABRECTA70	teriparatide230	tolterodine tartrate181
tacrolimus160,223	testosterone	tolterodine tartrate er181
tadalafil182	testosterone 10 mg gel	tolvaptan
	pump	
	testosterone cypionate 188	
TADLIQ244	testosterone enanthate 188	topiramate
TAFINLAR 82	tetrabenazine151	toremifene citrate68
TAGRISSO82	tetracycline hcl40	TORPENZ83
	TETRACYCLINES39	
TALTZ 80 MG/ML	THALOMID	
AUTOINJECTOR216	theophylline 80 mg/15ml oral	TRACLEER 244
	solution 242	

trandolapril131	trimipramine maleate 56,57	valsartan-
tranexamic acid127	TRINTELLIX54	hydrochlorothiazide141
tranylcypromine sulfate52	TRIUMEQ105	VALTOCO46
TRAVASOL170	TRIUMEQ PD105	VALTYA201
<i>travoprost236</i>	TROPHAMINE170	vancomycin hcl31,32
trazodone hcl54	trospium chloride181	VANFLYTA83
TREATMENT ADJUNCTS86	trospium chloride er181	VANRAFIA141
TREATMENT-RESISTANT 99	TRULANCE172	VAQTA226
TRELEGY ELLIPTA247	TRULICITY116	varenicline tartrate28
TRELSTAR	TRUMENBA226	VARIVAX VACCINE227
TREMFYA216	TRUQAP83	VASODILATORS, DIRECT-
TREMFYA 100 MG/ML	TRYNGOLZA145	ACTING ARTERIAL146
PEN216	TUKYSA83	VASODILATORS, DIRECT-
TREMFYA PEN216	TURALIO83	ACTING
TREMFYA PEN INDUCTION (2	TURQOZ201	ARTERIAL/VENOUS146
PEN)	TWINRIX	VAXCHORA VACCINE227
<i>tretinoin86,157</i>	TYBOST106	VELIVET201
TRI-ESTARYLLA201	TYMLOS230	VELSIPITY174
TRI-LEGEST FE201	TYPHIM VI	VEMLIDY101
TRI-LO-ESTARYLLA201	TYRVAYA	VENCLEXTA83
TRI-LO-SPRINTEC201	TYVASO DPI244	
TRI-MILI		TABLET83
TRI-SPRINTEC201	U	VENCLEXTA STARTING
TRI-VYLIBRA201	UBRELVY63	PACK83
TRI-VYLIBRA LO201	UDENYCA127	venlafaxine besylate er 55
triamcinolone	UDENYCA	venlafaxine hcl55
acetonide155,160	AUTOINJECTOR127	venlafaxine hcl er55
triamterene-	UNITHROID	
hydrochlorothiazid141	UPTRAVI245	VEOZAH151
triazolam249	<i>ursodiol</i> 174	verapamil er137
TRICYCLICS55	UZEDY98	verapamil er pm137
TRIDACAINE	3.7	verapamil hcl137
TRIDACAINE II		verapamil sr137
TRIDERM160	VABOMERE37	VERQUVO141
trientine hcl167	VACCINES223	VERSACLOZ100
trifluoperazine hcl92	valacyclovir109	VERZENIO84
<i>trifluridine233</i>	VALCHLOR161	VESTURA201
trihexyphenidyl hcl88	valganciclovir hcl101	VIBERZI172
TRIKAFTA242	valproic acid43	VIENVA201
trimethobenzamide hcl58	valsartan130	vigabatrin46
trimethonrim 31		VIGADRONE 46

VIGAFYDE46	WIXELA INHUB248	ZARXIO127
VIGPODER46	WYMZYA FE	ZAVZPRET63
VIJOICE84		ZEGALOGUE
vilazodone hcl55	X	AUTOINJECTOR117
	XALKORI	ZEGALOGUE SYRINGE117
	XARAH FE	
VIRACEPT107	XARELTO124	ZELBORAF86
VIREAD101	XATMEP223	ZEMAIRA179
VITRAKVI84	XCOPRI	ZENATANE
VIVITROL27	XDEMVY233	ZENPEP180
VIVOTIF227	XELJANZ217	ZEPATIER102
VIZIMPRO84	XELJANZ XR217	ZEPOSIA155
VONJO84	XELRIA FE202	ZERBAXA34
VORANIGO84	XERMELO173	zidovudine106
voriconazole61	XGEVA230	ZIEXTENZO127
voriconazole 200 mg vial61	XIFAXAN32	ZILBRYSQ217
	XIGDUO XR116	
VOWST174	XIIDRA232	ziprasidone mesylate99
VOYDEYA212	XOFLUZA108	ZIRGAN233
VRAYLAR99	XOLAIR217	ZOLINZA70
VTAMA161	XOLREMDI127	zolmitriptan64
	XOSPATA85	•
	XPOVIO	
	XROMI179	•
VYLIBRA202	XTANDI67	ZOMACTON187
	XULANE202	
	XYWAV250	
VYVGART HYTRULO65	V	ZORTRESS223
107	Y	ZORYVE162
VV		ZOVIA 1-35
WAINUA179	YASMIN 28202	ZTALMY46
WAKEFULNESS PROMOTING	YAZ202	ZURZUVAE51
	YF-VAX227	
warfarin sodium123	YONSA67	ZYKADIA86
WEGOVY141	YORVIPATH230	
WELIREG179	YUVAFEM191	
WESNATAL DHA	-	
COMPLETE170		
,	ZAFEMY202	
	zafirlukast238	
WINREVAIR 60 MG VIAL 248	zaleplon249	

خدمة عملاء CalOptima Health OneCare

Jui 0 / -		
الطريقة	خدمة العملاء - معلومات جهة الاتصال	
الاتصال	1-877-412-2734 يرجى العلم أن الاتصال بهذا الرقم مجاني. يمكنك الاتصال بخدمة عملاء CalOptima Health يرجى العلم أن الاتصال بهذا الرقم مجاني. يمكنك الاتصال بخدمة عملاء 24 OneCare Complete طاعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. كما توفر خدمة عملاء CalOptima Health OneCare Complete خدمات الترجمة الفورية المجانية لغير المتحدثين -بالإنجليزية.	
ТТҮ	711 يرجى العلم أن الاتصال بهذا الرقم مجاني. يمكنك الاتصال بخدمة العملاء 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.	
القاكس	1-714-246-8711	
المراسلة كتابيًا	CalOptima Health OneCare Complete  Attention: Customer Service  505 City Parkway West  Orange, CA 92868	
البريد الإلكتروني	OneCareCS@caloptima.org	
الموقع الإلكتروني	www.caloptima.org/OneCare	