



Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan(HMO D-SNP)

2027 보장 약품 목록(약품 목록 또는 처방집)

참조 사항: 본 문서는 이 플랜에서 보장하는 약품에 대한 정보를 포함하고 있습니다

처방집 ID 27198, 버전 10

이 약품 목록은 09/01/2026 에 업데이트되었습니다.

더 최신 정보를 얻고 싶거나 기타 문의 사항이 있으면 제게 (800) 452-4413 (TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 또는 blueshieldca.com/medformulary2027 을 방문하십시오.

H2819_26_149A_C Approved 08182026

A55568EAE-KO (09/26)

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 이 전화는 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



09/01/2026

소개

본 문서는 **보장 약품 목록**(**약품 목록**이라고도 알려짐)이라고 합니다. 어떤 약품을 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에서 보장하는지 알려드립니다. **약품 목록**은 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에서 보장하는 약품에 특별한 규칙이나 규제 사항이 있는 경우도 알려드립니다. 주요 용어 및 정의는 **가입자 핸드북** 마지막 챕터에 나와 있습니다.

목차

A. 고지 사항	iv
B. 자주 묻는 질문(FAQ)	xiv
B1. 어떤 처방 약품이 보장 약품 목록 에 등재되어 있습니까? (보장 약품 목록 을 짧게 ' 약품 목록 '이라고 합니다.)	xiv
B2. 약품 목록 이 변경되는 경우가 있습니까?	xiv
B3. 약품 목록 에 변경 사항이 있을 때는 어떤 일이 발생합니까?	xv
B4. 약품 보장에 제한이나 한도가 있거나 특정 약품을 받기 위해 필요한 조치가 있습니까?	xvii
B5. 원하는 약품에 제한 사항이 있거나 약품을 받기 위해 필요한 조치가 있는지는 어떻게 하면 알 수 있습니까?	xviii
B6. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 이 일부 약품에 대한 보장 규칙(예: 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한)을 변경하면 어떻게 됩니까?	xviii
B7. 약품 목록 에서 어떻게 약품을 찾을 수 있습니까?	xviii
B8. 원하는 약이 약품 목록 에 없으면 어떻게 합니까?	xviii
B9. 만약 제가 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 의 신규 가입자이고 약품 목록 에서 제 약을 찾을 수 없거나 약을 받는 데 문제가 있다면 어떻게 해야 합니까?	xix
B10. 복용하는 약품을 보장해달라고 예외 승인을 요청할 수 있습니까?	xx
B11. 어떻게 하면 예외 조치를 요청할 수 있습니까?	xx
B12. 예외 적용을 받는데 시간이 얼마나 걸립니까?	xx

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



B13. 제네릭 약품이란 무엇입니까?.....	xxi
B14. 오리지널 생물의약품이란 무엇이며, 바이오시밀러와는 어떤 관련이 있습니까?	xxi
B15. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 은 장기 처방약 공급을 보장합니까?	xxi
B16. 내 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달받을 수 있습니까?	xxii
B17. 내 코페이는 얼마입니까?.....	xxii
C. 보장 약품 목록의 개요	xxvi
C1. 질환별 약품 목록.....	xxvii
D. 보장되는 약품의 색인	136

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



A. 고지 사항

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에서 가입자들이 얻을 수 있는 약품 목록입니다.

- ❖ 언제든지 Blue Shield Medicare + Medi-Cal 플랜의 최신 **보장 약품** 목록을 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 온라인으로 확인하거나 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 전화하여 확인할 수 있습니다. 이 통화료는 무료입니다.
- ❖ Blue Shield of California 는 Blue Shield Association 의 독립 구성원입니다.
- ❖ 본 문서는 큰 활자, 점자 또는 음성 등 기타 형식으로도 제공되며 무료로 받아 보실 수 있습니다. 본 문서 하단에 있는 번호로 연락해 주십시오. 통화료는 무료입니다.
- ❖ Blue Shield of California 는 Medicare 계약 및 California State Medicaid Program(캘리포니아주 Medicaid 프로그램)과 계약을 체결한 HMO D-SNP 플랜입니다. Blue Shield of California 가입은 계약 갱신에 따릅니다.
- ❖ The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental.
本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。 회사는 해당 주법 및 연방 인권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 민족, 질병, 유전 정보, 혈통, 종교, 신체적 성, 결혼 여부, 사회적 성, 성 정체성, 성적 지향, 나이, 정신 장애 또는 신체 장애를 근거로 사람을 차별하거나, 배제하거나, 다르게 대우하지 않습니다.
- ❖ 본 문서는 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 간체 중국어, 번체 중국어, 페르시아어, 크메르어(캄보디아어), 한국어, 러시아어, 타갈로그어 및 베트남어로 제공됩니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



ATTENTION: If you need help in your language, call (800) 452-4413 (TTY:711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call (800) 452-4413 (TTY:711). These services are free of charge.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं निः शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (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 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。

点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-800-452-4413 (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 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ
1-800-452-4413

(TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ
1-800-452-4413 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih
qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc
waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (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 1-800-452-
4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se
benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម
ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង
សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស
សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ
ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413
(TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-452-4413
(TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت،
مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با
1-800-452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه
می‌شوند.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (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 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (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 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

- ❖ 영어 외의 다른 언어 또는 대체 형식(큰 활자, 점자, 음성 등)으로 본 문서와 향후 필요한 연락을 받아보도록 지속적으로 요청할 수 있습니다. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락하실 수 있습니다. 이 번호로 주 칠 일, 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이 요청을 할 수 있습니다. 고객 서비스부는 귀하가 업데이트를 원할 때까지 귀하가 선호하는 언어와 형식을 파일로 보관할 것입니다.
- ❖ 필수적인 연락을 선호하는 언어나 대체 형식으로 받기 위한 기존 요청을 변경하려면, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 고객 서비스부에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이 번호는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다.

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



B. 자주 묻는 질문(FAQ)

이 **보장 약품 목록(약품 목록)**에 관한 질문과 답을 여기에서 확인해 주십시오. 모든 FAQ 를 읽어 더 자세히 알아보거나 질문과 답변을 찾아보실 수 있습니다.

B1. 어떤 처방 약품이 **보장 약품 목록**에 등재되어 있습니까? (**보장 약품 목록**을 짧게 '**약품 목록**'이라고 합니다.)

섹션 C로 시작하는 **약품 목록**에 있는 약품은 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에서 보장하는 약품입니다. 당사 네트워크에 소속된 약국에서 이용 가능합니다. 당사와 협력하여 가입자에게 서비스를 제공하기로 협약한 약국이 당사 네트워크에 소속됩니다. 이러한 약국을 '네트워크 약국'이라고 합니다.

일부 일반의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 약은 Medi-Cal Rx 에서 보장할 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조해 주시기 바랍니다. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273 번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방약을 받는 경우 Medi-Cal 혜택 확인 카드(BIC)를 지참해 주십시오.

- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 은 다음과 같은 경우 **약품 목록** 중 의학적으로 필요한 모든 약품을 보장합니다.
 - 담당의 또는 다른 처방자가 해당 약품으로 상태가 호전되거나 건강을 유지할 수 있다고 말하는 경우
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에서 해당 약품이 귀하에게 의학적으로 필요하다고 동의하는 경우 **및**
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 네트워크 약국에서 처방약을 조제하는 경우.
- 경우에 따라 약을 받기 전에 해야 하는 일이 있습니다. 자세한 내용은 질문 B4 를 참고해 주시기 바랍니다.

당사가 보장하는 최신 약품 목록은 blueshieldca.com/medformulary2027 웹사이트에서 확인하거나 본 문서 하단의 고객 서비스부에 전화하여 확인하십시오.

B2. **약품 목록**이 변경되는 경우가 있습니까?

예, 그리고 변경할 경우 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 은 반드시 Medicare 및 Medicaid 규칙을 따라야 합니다. 당사는 연중 **약품 목록**에 약을 추가하거나 삭제할 수 있습니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 철 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



약품 관련 규칙을 변경할 수도 있습니다. 예를 들어 당사는 다음과 같이 할 수 있습니다.

- 약품에 대한 사전 승인이 필요한지 여부를 결정할 수 있습니다. (사전승인은 약을 받기 전에 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 의 허가를 받는 것을 의미합니다.)
- 받을 수 있는 약품의 양(수량 제한이라고도 함)을 추가하거나 변경할 수 있습니다.
- 약품에 관한 단계적 치료 규제 사항을 추가하거나 변경할 수 있습니다. (단계적 치료란 당사가 어떤 약품을 보장하기 전에 귀하가 특정 약품을 복용해야 한다는 의미입니다.)

이러한 약품 규정에 대한 자세한 내용은 질문 B4 를 참고해 주시기 바랍니다.

해당 연도 초에 보장이 되는 약품을 복용 중인 경우, 당사는 다음과 같은 경우에 해당하지 않는 한 일반적으로 해당 연도의 남은 기간 동안 해당 약품을 제거하거나 보장을 변경하지 않습니다.

- 현재 약품 목록에 있는 약품만큼 효과가 있는 더욱 저렴한 약품이 새롭게 출시된 경우 또는
- 약품이 안전하지 않다는 것을 알게 된 경우 또는
- 시장에서 약품이 판매 중지된 경우.

아래 질문 B3 및 B6 에는 약품 목록이 변경되는 경우 달라지는 점에 관한 더욱 자세한 정보가 나와 있습니다.

- 언제든지 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 의 최신 약품 목록을 온라인으로 확인할 수 있습니다. 약품 목록의 최신 소식은 매월 웹사이트에 게시됩니다.
- 또한, 본 문서 하단에 나와 있는 고객 서비스부 번호로 전화하여 현재 약품 목록을 확인할 수 있습니다.

B3. 약품 목록에 변경 사항이 있을 때는 어떤 일이 발생합니까?

약품 목록 변경 사항이 즉시 적용되는 경우가 있습니다. 예시는 다음과 같습니다.

- **특정 신제품 약으로 대체하는 경우.** 해당 약품을 특정 신제품으로 대체하는 경우, 약품 목록에서 즉시 삭제할 수 있지만 새 약품에 대한 귀하의 비용은 \$0 로 유지됩니다. 신제품 약을 추가할 때 브랜드명 약 또는 기존 생물학적 제품을 목록에 유지하되 보장 규칙이나 한도를 변경할 수도 있습니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



- 이 변경 사항을 적용하기 전에는 알려드리지 않을 수도 있지만 변경 사항이 적용되면 구체적인 변경 사항에 대한 정보를 보내드리겠습니다.
- 추가하는 약이 다음 조건을 충족하는 경우에만 이러한 변경을 할 수 있습니다.
 - 브랜드명 의약품의 새로운 제네릭 버전인 경우
 - **약품 목록**에 있는 기존 생물의약품의 특정한 새 바이오시밀러 버전인 경우(예: 새로운 처방약 없이 기존 생물의약품을 대체할 수 있는 상호교환 가능한 바이오시밀러를 추가하는 경우).
 - 이러한 약품 유형 중 일부는 처음 접하실 수 있습니다. 자세한 내용은 **섹션 B14**를 참조하십시오.
- 귀하 또는 담당 의료 서비스 제공자는 이러한 변경에서 예외를 요청할 수 있습니다. 예외를 요청하기 위해 필요한 단계와 안내서를 보내드리겠습니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10~B12를 참조하십시오.
- **안전하지 않은 약품 및 시장에서 퇴출된 기타 약품 제거.** 때때로 약품이 안전하지 않거나 다른 이유로 시장에서 퇴출될 수 있습니다. 이 경우, 당사는 즉시 해당 약품을 **약품 목록**에서 제거할 수 있습니다. 해당 약을 복용 중인 경우, 변경 후 안내문을 보내드리겠습니다. 또한 처방자에게 이 변경 사항을 알려드리며, 귀하의 상태에 맞는 다른 약품을 찾을 수 있도록 도와드릴 수 있습니다.

귀하가 복용하는 약품에 영향을 미치는 다른 변경 사항이 있을 수 있습니다. 이러한 **약품 목록** 변경 사항에 대해서는 사전에 안내해 드립니다. 이러한 변경 사항은 다음과 같은 경우에 발생할 수 있습니다.

- 약품에 관해 Food and Drug Administration(FDA, 식품의약국)가 새로운 지침을 제공하거나 새로운 임상 가이드라인이 있는 경우.
- 시장에 새롭게 출시된 것이 아닌 제네릭 약품을 추가할 때 **약품 목록**에서 브랜드명 약품을 제거하는 경우, 또는
- 바이오시밀러를 추가할 때 기존 생물의약품을 제거하는 경우 또는
- 해당 브랜드명 약품의 보장 규칙 또는 한도를 변경하는 경우.

이러한 변경 사항이 발생하면 당사는 다음과 같이 할 것입니다.

- **약품 목록**을 변경하기 최소 30 일 전에 귀하에게 알립니다. 또는

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 철 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



- 귀하에게 안내하고 귀하가 재조제를 요청한 후 30 일 분량의 약품을 제공해 드립니다.

이렇게 하면 담당의 또는 기타 처방자와 상담할 시간을 확보하실 수 있습니다. 귀하가 다음과 같은 사항을 판단하도록 도와드릴 수 있습니다.

- 대신 복용할 수 있는 유사한 약품이 **약품 목록**에 있는지 여부 또는
- 이러한 변경 사항에서 예외를 요청해야 하는지 여부. 예외에 대해 더 알고 싶으시면 질문 B10~B12 를 참조하십시오.

B4. 약품 보장에 제한이나 한도가 있거나 특정 약품을 받기 위해 필요한 조치가 있습니까?

예, 일부 약품은 보장에 규제가 있거나 받을 수 있는 양에 제한이 있습니다. 해당 약품을 받기 전에 가입자나 담당의 또는 기타 처방자가 특정 조치를 취해야 하는 경우가 있습니다. 예시는 다음과 같습니다.

- **사전 승인:** 일부 약품의 경우, 귀하 또는 담당의나 기타 처방자가 특정 기준에 따른 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 의 승인을 받아야 처방약을 조제받을 수 있습니다. 사전 승인은 진료 의뢰와는 다릅니다. 사전 승인을 받지 않으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에서 해당 약품을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **수량 제한:** Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 이 귀하가 받을 수 있는 약품의 양을 제한하는 경우가 있습니다.
- **단계적 치료:** Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 이 단계적 치료를 따르도록 요구하는 경우가 있습니다. 단계적 치료란 해당 질환에 적합한 약품을 특정한 순서에 따라 복용해야 한다는 의미입니다. 당사가 어떠한 약품을 보장하기 전에 가입자는 반드시 특정 약품을 복용해야 합니다. 담당 처방자가 첫 번째 약이 귀하에게 효과가 없다고 판단하면 당사는 두 번째 약을 보장합니다.

복용하는 약품에 추가 요건이나 제한이 있는지 알아보려면 **섹션 C** 의 표를 확인하십시오. 또한 blueshieldca.com/medformulary2027 웹사이트를 방문하여 더 많은 정보를 얻을 수 있습니다. 사전 승인과 단계적 치료 제한 사항을 설명하는 문서가 온라인에 게시되어 있습니다. 당사에 요청하시면 사본을 보내드릴 수도 있습니다.

이러한 제한에서 예외를 요청하실 수 있습니다. 그동안 담당의 또는 기타 처방자와 상담할 시간을 확보하실 수 있습니다. 담당의 또는 기타 처방자는 **약품 목록**에 대신 복용 가능한 유사 약품이 있는지 또는 이러한 변경에서 예외를 요청해야 할지 결정하도록 도와드립니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10~B12 를 참조하십시오.

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



B5. 원하는 약품에 제한 사항이 있거나 약품을 받기 위해 필요한 조치가 있는지는 어떻게 하면 알 수 있습니까?

질환별 “약품 목록” 섹션의 표에는 “필요한 조치, 제한 또는 사용 제한”이라는 열이 있습니다.

B6. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 이 일부 약품에 대한 보장 규칙(예: 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한)을 변경하면 어떻게 됩니까?

약품에 적용되는 사전 승인, 수량 제한, 및/또는 단계적 치료 제한 사항을 추가하거나 변경할 경우 사전에 가입자에게 알려드리는 경우가 있습니다. 이러한 사전 통지 및 약품 목록에 대한 규칙 변경 시 사전에 안내해 드릴 수 없는 상황에 대한 자세한 내용은 질문 B3 을 참조하십시오.

B7. 약품 목록에서 어떻게 약품을 찾을 수 있습니까?

약품을 찾는 방법은 두 가지가 있습니다.

- 알파벳순으로 검색하는 경우 또는
- 질환별로 검색하는 경우.

알파벳 순으로 검색하려면 보장 약품 색인 섹션을 확인해 주십시오. 136 페이지부터 시작되는 색인에서 약품을 찾으실 수 있습니다. 색인은 본 문서에 포함된 모든 약의 알파벳순 목록을 제공합니다. 브랜드명 약품과 제네릭 약품 모두 색인에 나와 있습니다. 색인에서 복용하시는 약품을 찾으십시오. 약품명 옆에 보장 정보를 확인할 수 있는 페이지가 표시되어 있습니다.

질환별로 검색하려면 ‘질환별 약품 목록’으로 표시된 섹션을 확인해 주십시오. 이 섹션의 약품은 치료에 사용하는 질환의 유형에 따라 범주별로 그룹화됩니다. 예를 들어 심장 질환이 있는 경우, 심혈관 약제 카테고리를 확인해야 합니다. 심장 질환을 치료하는 약은 여기에서 찾을 수 있습니다.

B8. 원하는 약이 약품 목록에 없으면 어떻게 합니까?

해당 약이 약품 목록에 없다면 본 문서 하단의 고객 서비스부 번호로 전화하여 문의하십시오. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 이 해당 약품을 보장하지 않는다는 사실을 알게 되면 다음 중 하나를 선택할 수 있습니다.

- 가입자 서비스부에 복용을 원하는 약품과 유사한 약품 목록을 요청합니다. 그런 다음, 해당 목록을 담당 의사나 다른 처방자에게 보여줍니다. 그들은 귀하가 복용하고자 하는 약과 유사한 약품 목록의 약을 처방할 수 있습니다. 또는
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 귀하의 약품을 보장해 달라고 예외를 요청하십시오. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10~B12 를 참조하십시오.

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 철 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



B9. 만약 제가 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 의 신규 가입자이고 약품 목록에서 제 약을 찾을 수 없거나 약을 받는 데 문제가 있다면 어떻게 해야 할까요?

저희가 도와드리겠습니다. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 가입 이후 처음 90 일 동안 복용 중인 약품의 30 일 임시 제공분을 일시적으로 보장해드릴 수 있습니다. 그동안 담당의 또는 기타 처방자와 상담할 시간을 확보하실 수 있습니다. 담당의 또는 기타 처방자는 약품 목록에 대신 복용 가능한 유사 약품이 있는지 또는 이러한 변경에서 예외를 요청해야 할지 결정하도록 도와드립니다.

처방약이 더 적은 일수로 작성된 경우, 최대 30 일분의 약을 제공할 수 있도록 여러 번의 조제를 허용합니다.

다음과 같은 경우 귀하의 약에 대해 30 일분을 보장해 드립니다.

- 당사의 약품 목록에 없는 약을 복용 중인 경우 또는
- 당사의 플랜 규칙상 처방자가 지시한 양을 받을 수 없는 경우 또는
- 해당 약품에 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 의 사전 승인이 필요한 경우 또는
- 단계적 치료 제한 사항이 적용되는 약품을 복용 중인 경우.

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에서 파트 D 약품으로 간주하지 않는 약품을 복용 중이고, 해당 약품이 약품 목록에 없으며, 약품을 받는 데 문제가 있다면 Medi-Cal Rx 를 통해 보장될 수 있습니다. 파트 D 에서 제외된 약품에 예외 승인이 필요하고 긴급 상황인 경우, Medi-Cal Rx 는 최소 72 시간분의 약품을 허용합니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조해 주시기 바랍니다. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273 번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방약을 받는 경우 Medi-Cal BIC 를 지참해 주십시오.

요양원 또는 장기 요양 시설에 계시고 약품 목록에 없는 약품이 필요하거나 필요한 약품을 쉽게 받을 수 없는 경우, 저희가 도와드리겠습니다. 건강 플랜에 가입한 지 90 일 이상 되었고, 장기 요양 시설에 머무는 중이며, 즉시 복용할 의약품이 필요하신 경우:

- 당사는 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 신규 가입 여부와 관계없이 필요한 약품의 31 일 제공분을 1 회 보장해드립니다(더 적은 일수의 처방약을 받은 경우 제외).
- 이는 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 가입자가 된 첫 90 일 동안의 임시 공급분에 추가로 제공되는 것입니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



전환 정책

수혜자가 치료 장소를 다른 곳으로 변경하는 경우, Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 은 비 처방집 파트 D 약품의 승인을 빠르게 처리할 것을 보장합니다. 해당 과정은 사전 허가 또는 단계적 치료가 필요한 처방집 파트 D 약품에도 적용됩니다. 치료 수준 변경의 예: 병원에서 퇴원하여 집으로 온 수혜자, 의료 전문 간호 시설에서 Medicare 파트 A 입원을 마치고 파트 D 플랜 처방집의 약품을 다시 받게 된 수혜자, 장기 요양 기관 입원을 마치고 지역사회로 돌아온 수혜자, 정신병원에서 퇴원하여 고도로 개별화된 약물 요법이 필요한 수혜자.

B10. 복용하는 약품을 보장해달라고 예외 승인을 요청할 수 있습니까?

예. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 *약품 목록*에 없는 약품을 보장해달라고 예외 승인을 요청할 수 있습니다.

복용하는 약에 대한 규칙 변경도 요청할 수 있습니다.

- 예를 들어 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 은 보장하는 약품의 양을 제한할 수 있습니다. 복용하는 약품에 한도가 있다면 한도를 변경하여 더 많은 양을 보장해 달라고 요청할 수 있습니다.
- 다른 예시: 단계적 치료 제한 사항이나 사전 승인의 요구를 철회해 달라고 요청할 수 있습니다.

B11. 어떻게 하면 예외 조치를 요청할 수 있습니까?

가입자 서비스부에 전화하여 예외를 요청해 주십시오. 가입자 서비스부 담당자가 귀하 및 담당 처방자와 협력하여 예외를 요청하도록 도와드릴 것입니다. *가입자 핸드북*의 **9 장 섹션 G2**를 읽고 예외에 대해 알아볼 수도 있습니다.

B12. 예외 적용을 받는데 시간이 얼마나 걸립니까?

예외 요청을 지지하는 담당 처방자로부터 진술서를 받은 후 72 시간 이내에 결정을 알려드립니다. 담당 처방자는 이 진술서를 전자적으로(온라인 또는 팩스) 또는 우편으로 보낼 수 있습니다. Blue Shield 약제부에 (800) 535-9481 번으로 전화하여 구두로 진술하고 필요시 서면 진술서를 보내실 수도 있습니다.

72 시간 동안 의사결정을 기다리면 가입자의 건강에 해가 된다고 가입자나 처방자가 판단하는 경우, 신속한 예외 결정을 요청하실 수 있습니다. 이를 신속 결정이라고 합니다. 담당 처방자가 가입자의 요청을 입증한다면 처방자의 입증 진술서를 받은 후 24 시간 이내에 결정이 내려집니다.

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



B13. 제네릭 약품이란 무엇입니까?

제네릭 약품은 브랜드명 약품과 동일한 활성 성분으로 만들어집니다. 일반적으로 이러한 약품은 브랜드명 약품보다 가격이 저렴하며 효과도 비슷합니다. 일반적으로 잘 알려진 이름이 없습니다. 제네릭 약품은 Food and Drug Administration(FDA)의 승인을 받았습니다. 많은 브랜드명 약품에 대해 제네릭 약품이 제공됩니다. 제네릭 약품은 주 법률에 따라 약국에서 새로운 처방전 없이 브랜드명 약품 대신 사용할 수 있습니다.

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 은 브랜드명 약품과 제네릭 약품을 모두 보장합니다.

B14. 오리지널 생물약품이란 무엇이며, 바이오시밀러와는 어떤 관련이 있습니까?

약품을 언급할 때 이는 약품 또는 생물약품의 의미를 지닐 수 있습니다. 생물약품은 일반 약품보다 더 복잡한 약품입니다. 생물약품은 일반 약품보다 더 복잡하기 때문에 제네릭 형태 대신 바이오시밀러라고 불리는 형태가 있습니다. 일반적으로 바이오시밀러는 오리지널 생물약품과 동일하게 효과가 있으며, 비용이 더 저렴할 수 있습니다. 일부 오리지널 생물약품에는 바이오시밀러 대체제가 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호교환 가능한 바이오시밀러이며, 주 법률에 따라 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물약품 대신 사용할 수 있습니다. 이는 제네릭 약품이 브랜드명 약품 대신 사용될 수 있는 것과 유사합니다.

약품 유형에 대한 자세한 정보는 *가입자 핸드북*의 5 장을 참조하십시오.

B15. Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 은 장기 처방약 공급을 보장합니까?

특정 유형의 약품에 대해서는 플랜의 네트워크 가정 배달 제공업체를 이용할 수 있습니다. 일반적으로 가정 배달을 통해 제공되는 약품은 만성 질환이나 질환때문에 정기적으로 복용하는 약품입니다. 플랜의 가정 배달 제공업체를 통해 이용할 수 없는 약품은 약품 목록에 NDS 라는 약어로 표시되어 있습니다.

- **가정 배달 서비스.** 당사는 1 단계: 선호 제네릭 약품, 2 단계: 제네릭 약품, 3 단계: 선호 브랜드 약품, 4 단계: 비선호 약품에 대해 최대 100 일분의 약품을 받을 수 있는 가정 배달 서비스를 제공합니다. 1 단계: 선호 제네릭 약품과 2 단계: 제네릭 약품의 100 일분 공급량은 1 단계 및 2 단계의 1 개월분 공급량과 동일한 코페이가 적용됩니다. 3 단계: 선호 브랜드 약품과 4 단계: 비선호 약품에 대한 100 일분 공급량은 3 단계와 4 단계에 대한 1 개월분 공급량과 동일한 코페이가 적용됩니다.
- **소매 약국 프로그램.** 일부 소매 약국에서는 1 단계: 선호 제네릭 약품, 2 단계: 제네릭 약품, 3 단계: 선호 브랜드 약품, 4 단계: 비선호 약품에 대해 최대 100 일분의 공급량을 제공하기도 합니다. 1 단계: 선호 제네릭 약품과 2 단계: 제네릭 약품의 100 일분 공급량은 1 단계 및 2 단계의 1 개월분 공급량과 동일한 코페이가 적용됩니다. 3 단계: 선호 브랜드 약품과 4 단계: 비선호 약품에 대한 100 일분 공급량은 3 단계와 4 단계에 대한 1 개월분 공급량과 동일한 코페이가 적용됩니다.

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 철 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



B16. 내 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달받을 수 있습니까?

해당 지역 약국에서 처방약을 집으로 배달해 드릴 수 있습니다. 약국에 전화하여 배달 서비스를 제공하는지 확인할 수 있습니다.

B17. 내 코페이는 얼마입니까?

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 가입자가 플랜의 규정을 따르면 처방약에 대해 코페이가 적용됩니다.

단계란 **약품 목록**의 약품 그룹입니다.

- 1단계 약품은 선호 제네릭 약품입니다
- 2단계 약품은 제네릭 약품입니다
- 3단계 약품은 선호 브랜드 약품입니다
- 4단계 약품은 비선호 약품입니다
- 5단계 약품은 특별 등급 약품입니다

문의 사항이 있으면 본 문서 하단에 있는 고객 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

단계	설명	코페이먼트	
		30 일 제공분	100 일 제공분
1 단계	선호 제네릭 약품	\$0	\$0
2 단계	제네릭 약품	\$0	\$0
3 단계	선호 브랜드 약품	Extra Help(추가 지원)를 받으시는 경우, 부담하실 비용: 보장 대상 제네릭 의약품(제네릭으로 취급되는 브랜드 의약품 포함)의 경우, 다음 중 하나: \$0.00, \$1.65, \$5.80 그 외 모든 보장 대상 의약품의 경우, 다음 중 하나: \$0, \$5.00, \$14.40 Extra Help 를 받으시는 경우, 해당 단계의 보장 대상 인술린 제품에 대해	Extra Help(추가 지원)를 받으시는 경우, 부담하실 비용: 보장 대상 제네릭 의약품(제네릭으로 취급되는 브랜드 의약품 포함)의 경우, 다음 중 하나: \$0.00, \$1.65, \$5.80 그 외 모든 보장 대상 의약품의 경우, 다음 중 하나: \$0, \$5.00, \$14.40 Extra Help 를 받으시는 경우, 해당 단계의 보장 대상 인술린 제품에 대해

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 철 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



		월 1 회 공급량당 \$0.00~\$14.40 를 부담합니다. Extra Help 를 받을 자격이 없는 경우, 해당 단계의 보장 대상 인술린 제품에 대해 월 1 회 공급량당 \$35.00, 2 개월 공급량당 \$70, 3 개월 공급량당 \$105 중 더 적은 금액을 부담하거나 해당 단계의 보장 대상 비인술린 제품에 대해 17%의 본인 부담금을 부담합니다. 의약품에 대한 코페이는 받으시는 Extra Help 등급에 따라 달라질 수 있습니다. 자세한 내용은 해당 플랜에 문의하십시오.	월 1 회 공급량당 \$0.00~\$14.40 를 부담합니다. Extra Help 를 받을 자격이 없는 경우, 해당 단계의 보장 대상 인술린 제품에 대해 월 1 회 공급량당 \$35.00, 2 개월 공급량당 \$70, 3 개월 공급량당 \$105 중 더 적은 금액을 부담하거나 해당 단계의 보장 대상 비인술린 제품에 대해 17%의 본인 부담금을 부담합니다. 의약품에 대한 코페이는 받으시는 Extra Help 등급에 따라 달라질 수 있습니다. 자세한 내용은 해당 플랜에 문의하십시오.
4 단계	비선호 약품	Extra Help(추가 지원)를 받으시는 경우, 부담하실 비용: 보장 대상 제네릭 의약품(제네릭으로 취급되는 브랜드 의약품 포함)의 경우, 다음 중 하나: \$0.00, \$1.65, \$5.80 그 외 모든 보장 대상 의약품의 경우, 다음 중 하나: \$0, \$5.00, \$14.40 Extra Help 를 받으시는 경우, 해당 단계의 보장	Extra Help(추가 지원)를 받으시는 경우, 부담하실 비용: 보장 대상 제네릭 의약품(제네릭으로 취급되는 브랜드 의약품 포함)의 경우, 다음 중 하나: \$0.00, \$1.65, \$5.80 그 외 모든 보장 대상 의약품의 경우, 다음 중 하나: \$0, \$5.00, \$14.40 Extra Help 를 받으시는 경우, 해당 단계의 보장

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 철 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



		대상 인슐린 제품에 대해 월 1 회 공급량당 \$0.00~\$14.40 를 부담합니다. Extra Help 를 받을 자격이 없는 경우, 해당 단계의 보장 대상 인슐린 제품에 대해 월 1 회 공급량당 \$35.00, 2 개월 공급량당 \$70, 3 개월 공급량당 \$105 중 더 적은 금액을 부담하거나 해당 단계의 보장 대상 비인슐린 제품에 대해 17%의 본인 부담금을 부담합니다. 의약품에 대한 코페이는 받으시는 Extra Help 등급에 따라 달라질 수 있습니다. 자세한 내용은 해당 플랜에 문의하십시오.	대상 인슐린 제품에 대해 월 1 회 공급량당 \$0.00~\$14.40 를 부담합니다. Extra Help 를 받을 자격이 없는 경우, 해당 단계의 보장 대상 인슐린 제품에 대해 월 1 회 공급량당 \$35.00, 2 개월 공급량당 \$70, 3 개월 공급량당 \$105 중 더 적은 금액을 부담하거나 해당 단계의 보장 대상 비인슐린 제품에 대해 17%의 본인 부담금을 부담합니다. 의약품에 대한 코페이는 받으시는 Extra Help 등급에 따라 달라질 수 있습니다. 자세한 내용은 해당 플랜에 문의하십시오.
5 단계	특별 등급 약품	Extra Help(추가 지원)를 받으시는 경우, 부담하실 비용: 보장 대상 제네릭 의약품(제네릭으로 취급되는 브랜드 의약품 포함)의 경우, 다음 중 하나: \$0.00, \$1.65, \$5.80 그 외 모든 보장 대상 의약품의 경우, 다음 중 하나: \$0, \$5.00, \$14.40	이용 불가

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 철 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



		Extra Help 를 받을 자격이 없는 경우, 이 단계의 보장 대상 제품당 본인 부담금은 25%를 초과하지 않습니다. 의약품에 대한 코페이는 받으시는 Extra Help(추가 지원) 등급에 따라 달라질 수 있습니다. 자세한 내용은 해당 플랜에 문의하십시오.	
--	--	--	--

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



C. 보장 약품 목록의 개요

보장 약품 목록에서 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 으로 보장되는 약품에 대한 정보를 확인하실 수 있습니다. 목록에서 복용하는 약품을 찾기 어렵다면 **섹션 D**에서 시작하는 보장 약품 색인을 참조하십시오. 색인에는 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에서 보장하는 모든 약품이 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

일부 일반의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 다른 약은 Medi-Cal Rx 에서 보장할 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 참조해 주시기 바랍니다. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273 번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방약을 받는 경우 Medi-Cal 혜택 확인 카드(BIC)를 지참해 주십시오.

파트 D 에 따른 이의 제기

- 이의 제기란 보장에 관해 당사가 내린 결정을 검토하고 결정에 실수가 있는 경우 변경을 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 예를 들어 당사는 가입자가 원하는 약품을 보장하지 않거나 Medicare 또는 Medi-Cal 이 더 이상 보장하지 않는다는 결정을 내릴 수 있습니다.
- 당사의 결정에 가입자 또는 담당의가 동의하지 않는 경우, 이의 제기를 할 수 있습니다. 문의 사항이 있으면 본 문서 하단에 있는 고객 서비스부 번호로 전화해 주십시오.
- **가입자 핸드북의 9 장**을 읽고 결정에 대해 이의를 제기하는 방법을 알아볼 수도 있습니다.
- 파트 D 약품이 아닌 약품은 이의 제기 규정이 다릅니다.

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



C1. 질환별 약품 목록

이 섹션의 약품은 치료에 사용하는 질환의 유형에 따라 범주별로 그룹화됩니다. 예를 들어 심장 질환이 있는 경우, 심혈관 약제 카테고리를 확인해야 합니다. 심장 질환을 치료하는 약은 여기에서 찾을 수 있습니다.

범례		
단계	이름	
1	선호 제네릭 약품	
2	제네릭 약품	
3	선호 브랜드 약품	
4	비선호 약품	
5	특별 등급 약품	
약어	이름	설명
LA	제한된 접근(Limited Access)	특정 약국에서만 이용 가능한 처방약입니다. 자세한 내용은 약국 명부를 참조하거나 고객 서비스부로 문의해 주십시오.
PA	사전 승인(Prior Authorization)	이 처방약의 보장을 위해서는 Blue Shield의 사전 승인이 필요합니다. 보장 결정을 위해 필요한 정보를 제공하려면 Blue Shield에 전화해 주십시오. 일부 약품에는 Medicare 보장 규정에 따라 파트 B 또는 파트 D 보장 결정이 필요할 수 있습니다.
QL	수량 제한(Quantity Limit)	이 약품에는 복용량 또는 처방 수량 제한 사항이 있습니다. 최대 일일 복용량 제한 사항은 FDA에서 정의하며 약품 포장 삽입물에 명시되어 있습니다. 다른 수량 제한은 가능할 경우 복합 복용을 권장합니다.
ST	단계적 치료(Step Therapy)	이 처방약의 보장은 1차 또는 선호 약품 치료를 시도한 경우(단계적 치료)에 제공됩니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이 전화는 주 철 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027에서 확인하십시오.



NDS	비연장일 공급(Non- Extended Day Supply)	약품에 대한 장기 공급이 불가능합니다.
-----	--	-----------------------

표의 첫 번째 열에는 약품 이름이 기재되어 있습니다. 제네릭 약품은 소문자 이탤릭체로 표시됩니다(예: *simvastatin*(심바스타틴)), 브랜드명 의약품은 대문자로 표시됩니다(예: ELIQUIS(엘리퀴스)), “필요한 조치, 제한 또는 사용 한도” 열의 정보는 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 이 귀하의 약에 대해 보장하는 규칙이 있는지 알려줍니다.

D. 보장되는 약품의 색인

이 섹션에서는 약품 이름을 알파벳순으로 검색하여 찾을 수 있습니다. 이를 통해 해당 약품의 추가 보장 정보를 확인할 수 있는 페이지 번호를 알 수 있습니다.

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>diclofenac sodium 75 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 2	
<i>ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<i>naproxen dr 500 mg tab dr</i>	Tier 2	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>oxaprozin 600 mg tab</i>	Tier 4	
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
<i>buprenorphine (10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk, 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk)</i>	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl (100 mcg/hr patch 72hr, 12 mcg/hr patch 72hr, 25 mcg/hr patch 72hr, 50 mcg/hr patch 72hr, 75 mcg/hr patch 72hr)</i>	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA, NDS
<i>methadone hcl 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i>	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	Tier 2	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANESTHETICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
LOCAL ANESTHETICS		
<i>lidocaine 5 % ointment</i>	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>lidocaine hcl 4 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lidocan 5 % patch</i>	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (10 PER 30 DAYS)
PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ALCOHOL DETERRENTS/ANTI-CRAVING		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	Tier 4	
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
<i>buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)</i>	Tier 2	
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (12-3 mg film, 2-0.5 mg film, 2-0.5 mg sl tab, 4-1 mg film, 8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsyr, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsyr, 4 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phosphate 2 % cream</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i>	Tier 4	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	Tier 4	QL (4 PACKETS PER 28 OVER TIME)
<i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	Tier 5	PA
<i>linezolid 600 mg tab</i>	Tier 4	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	Tier 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	Tier 4	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>metronidazole 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</i>	Tier 2	
<i>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefadroxil 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)</i>	Tier 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
<i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp</i>	Tier 2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i>	Tier 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	Tier 3	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h</i>	Tier 4	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	Tier 2	
<i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i>	Tier 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>naficillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2-0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	Tier 4	
CARBAPENEMS		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	Tier 3	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
MACROLIDES		
<i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
<i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
<i>e.e.s. 400 400 mg tab</i>	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	Tier 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>fidaxomicin 200 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
<i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i>	Tier 4	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SULFONAMIDES		
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	Tier 3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i>	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i>	Tier 2	
TETRACYCLINES		
<i>avidoxy 100 mg tab</i>	Tier 3	
<i>doxy 100 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>mondoxylene nl 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 4	

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTICONVULSANTS, OTHER		
<i>brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i>	Tier 5	ST, QL (600 PER 30 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>perampanel 2 mg tab</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>roweepra 500 mg tab</i>	Tier 2	
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)</i>	Tier 2	
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	Tier 4	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
<i>clobazam 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>clobazam 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>diazepam 10 mg gel</i>	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 2.5 mg gel</i>	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	Tier 3	QL (2160 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYMPAZAN 5 MG FILM	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (1080 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SODIUM CHANNEL AGENTS		
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	
<i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i>	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
<i>epitol 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	
<i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTICONSULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i>	Tier 2	
<i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (480 PER 30 DAYS)
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	Tier 5	ST, QL (2400 PER 30 DAYS)
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	Tier 4	ST, QL (240 PER 30 DAYS)
XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

ANTIDEMENTIA AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER		
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	Tier 3	
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 2 X 250 MG/1.25ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA, QL (10 ML PER 28 DAYS)
LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA, QL (7.2 ML PER 28 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
<xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIDEMENTIA AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
<i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>donepezil hcl 23 mg tab</i>	Tier 4	ST
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i>	Tier 2	
<i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i>	Tier 2	
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	Tier 3	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
<i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUVELITY TITRATION PACK 30- 105 MG & 45-105 MG TBER THPK	Tier 4	QL (102 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>bupropion hcl 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl 75 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H	Tier 5	QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 1	
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZURZUVAE 30 MG CAP	Tier 5	QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	
<i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	Tier 4	QL (28 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i>	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
NEFAZODONE HCL (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICYCLICS		
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIEMETICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIEMETICS, OTHER		
<i>compro 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIEMETICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIFUNGALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIFUNGALS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIFUNGALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	Tier 2	
CRESEMBA 186 MG CAP	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
CRESEMBA 74.5 MG CAP	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	Tier 4	
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i>	Tier 4	
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	Tier 5	
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	Tier 4	
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>micalfungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	Tier 2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	Tier 4	
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIFUNGALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i>	Tier 3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	Tier 4	
<i>voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOUT AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>probenecid 500 mg tab</i>	Tier 2	

ANTIMIGRAINE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS		
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 3	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (3 PER 30 DAYS)
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIMIGRAINE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ERGOT ALKALOIDS		
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (8 PER 30 DAYS)
ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB	Tier 3	QL (40 PER 28 DAYS)
SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST		
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART)	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME)

ANTIMYASTHENIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PARASYMPATHOMIMETICS		
<i>pyridostigmine bromide 60 mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIMYCOBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	Tier 4	
ANTITUBERCULARS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i>	Tier 2	
PRETOMANID 200 MG TAB	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	Tier 2	
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>rifapentine 150 mg tab</i>	Tier 4	
SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 5	PA
TRECATOR 250 MG TAB	Tier 4	

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ALKYLATING AGENTS		
CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
<i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>lomustine 100 mg cap</i>	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
ANTIANDROGENS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abirtega 250 mg tab</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	Tier 2	
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
EULEXIN 125 MG CAP	Tier 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID 50 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	Tier 5	
INLURIYO 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	Tier 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITES		
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50- 500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI PEN 500 MCG/0.5ML SOLN PEN	Tier 5	LA, QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	Tier 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i>	Tier 4	
LONSURF 15-6.14 MG TAB	Tier 5	LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
MODEYSO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZENBEXUS (0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
<i>anastrozole 1 mg tab</i>	Tier 1	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
ENZYME INHIBITORS		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK	Tier 5	LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENSACOVE 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 500 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bosutinib 100 mg tab</i>	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAVHANZA (60 MG TAB DISP, 80 MG TAB DISP)	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 1 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GOMEKLI 2 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HERNEXEOS 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
HYRNUO 10 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBTROZI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JIDEYTRO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
KOMZIFTI 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (125 MG DOSE) 1 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LIFYORLI (150 MG DOSE) 2 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PAZOPANIB HCL 400 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (600 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	Tier 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (900 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 4	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 20 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 80 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	Tier 5	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
TREATMENT ADJUNCTS		
<i>mesna 400 mg tab</i>	Tier 4	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTIPARASITICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTHELMINTHICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	Tier 4	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	Tier 2	
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	Tier 4	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZNIDAZOLE 100 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB	Tier 4	QL (720 PER 365 OVER TIME)
<i>chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIPARASITICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
IMPAVIDO 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	Tier 2	
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	Tier 3	
<i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i>	Tier 2	
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	Tier 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTICHOLINERGICS		
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25- 125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIPARKINSON AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
DOPAMINE AGONISTS		
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)</i>	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
1ST GENERATION/TYPICAL		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>fluphenazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 2.5 mg/5ml elixir, 2.5 mg/ml solution, 5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	Tier 4	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	Tier 2	
<i>loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (270 PER 30 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
2ND GENERATION/ATYPICAL		
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (750 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>aripiprazole 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI (1 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB THPK	Tier 5	QL (24 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BYSANTI TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB THPK	Tier 5	QL (16 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lurasidone hcl 80 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OPIPZA 2 MG FILM	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	Tier 3	
<i>risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	Tier 4	
ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
TREATMENT-RESISTANT		
<i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (540 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

ANTISPASTICITY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTISPASTICITY AGENTS		
<i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>baclofen 15 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>baclofen 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (480 PER 30 DAYS)
<i>dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 2	

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS		
LIVTENCITY 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	Tier 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (630 PER 30 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	Tier 3	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB)	Tier 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50- 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
BIXLENVO 75-50 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
TIVICAY 50 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	Tier 5	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300- 300 mg tab)</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofof df 200- 25-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>etravirine 100 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>etravirine 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600- 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)</i>	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 150 mg tab</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 100 mg cap</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 300 mg tab</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
IDVYNISO 100-0.25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>maraviroc 300 mg tab</i>	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1800 PER 30 DAYS)
SUNLENCA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 168 OVER TIME)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (4 PER 180 OVER TIME)
SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME)
TYBOST 150 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	QL (390 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i>	Tier 4	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NORVIR 100 MG PACKET	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (360 PER 30 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (240 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (270 PER 30 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 180 OVER TIME)
RIMANTADINE HCL 100 MG TAB	Tier 4	
XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK	Tier 4	QL (1 PER 30 OVER TIME)
ANTIHERPETIC AGENTS		
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (11 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 2	QL (30 PER 30 OVER TIME)

ANXIOLYTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
BENZODIAZEPINES		
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>alprazolam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i>	Tier 3	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 1 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clonazepam 2 mg tab disp</i>	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i>	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ANXIOLYTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>diazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (900 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 0.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 1 mg tab</i>	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam 2 mg tab</i>	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
MOOD STABILIZERS		
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>lithium carbonate (150 mg cap, 300 mg cap, 300 mg tab, 600 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>lithium carbonate er (300 mg tab er, 450 mg tab er)</i>	Tier 2	

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>dapaglifloz base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
<i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i>	Tier 1	
GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
<i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15- 500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl er 50- 1000 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phos-metformin hcl (50- 1000 mg tab, 50-500 mg tab)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sitagliptin phosphate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	Tier 5	
<i>glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)</i>	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	Tier 3	
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HUMULIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 DAYS)
TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (27 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (360 PER 30 DAYS)
ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (480 PER 30 DAYS)
ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)</i>	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr</i>	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr</i>	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i>	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i>	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)
<i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i>	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
<i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	Tier 3	QL (51 PER 180 OVER TIME)
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS, OTHER		
<i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i>	Tier 3	
ARANESP (ALBUMIN FREE) (10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	Tier 5	PA
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	Tier 5	PA
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	Tier 4	
<i>cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>droxidopa 100 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (540 PER 30 DAYS)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
<i>droxidopa 300 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (84 PER 90 OVER TIME)
<i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS		
<i>benazepril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>captopril (100 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>enalapril maleate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fosinopril sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>lisinopril (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>moexipril hcl (15 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (2 MG TAB, 4 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 1	
<i>quinapril hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 1	
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>digox 125 mcg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	Tier 4	
<i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pacrone (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pacrone 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	Tier 3	
<i>propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
<i>amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	
<i>nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl er (120 mg cap er 12h, 120 mg cap er 24h, 120 mg tab er 24h, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h</i>	Tier 2	
<i>matzim la (180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	
<i>tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)</i>	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)	Tier 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)	Tier 1	
<i>amlodipine-atorvastatin</i> (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)	Tier 3	
<i>amlodipine-olmesartan</i> (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)	Tier 1	
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> (10-160-12.5 mg tab, 10-160-25 mg tab, 10-320-25 mg tab, 5-160-12.5 mg tab, 5-160-25 mg tab)	Tier 1	
<i>atenolol-chlorthalidone</i> (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 2	
<i>candesartan cilexetil-hctz</i> (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)	Tier 1	
CAPTOPRIL- HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 MG TAB)	Tier 1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (600 PER 30 DAYS)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)	Tier 1	
<i>fosinopril sodium-hctz</i> (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	Tier 1	
<i>ivabradine hcl</i> (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> (10- 12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
<i>losartan potassium-hctz</i> (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)	Tier 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 2	
<i>metyrosine</i> 250 mg cap	Tier 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> (20- 12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	Tier 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> (20- 5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)	Tier 1	
<i>pentoxifylline er</i> 400 mg tab er	Tier 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> (10- 12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
<i>ranolazine er</i> (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan</i> (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sacubitril-valsartan</i> 24-26 mg tab	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>spironolactone-hctz</i> 25-25 mg tab	Tier 2	
<i>telmisartan-amlodipine</i> (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	Tier 1	
<i>telmisartan-hctz</i> (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	Tier 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS
WEGOVY (1.5 MG TAB, 25 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A- INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 DAYS), NDS
DIURETICS, LOOP		
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)	Tier 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
DIURETICS, THIAZIDE		
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
<i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i>	Tier 3	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
DYSLIPIDEMICS, OTHER		
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 2	
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	Tier 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE) 500 MG TAB	Tier 4	
<i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
<i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
<i>dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
<i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>nitro-bid 2 % ointment</i>	Tier 3	
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	Tier 2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>nitroglycerin 2 % ointment</i>	Tier 3	

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
<i>amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
AUSTEDO (12 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
AUSTEDO XR (12 MG TAB ER 24H, 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H, 6 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	Tier 5	PA, QL (28 PER 30 DAYS)
<i>bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>riluzole 50 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl 20 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>duloxetine hcl 60 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</i>	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
<i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

DENTAL AND ORAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
DENTAL AND ORAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	Tier 4	
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
<i>accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>amnesteam (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	Tier 4	
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	Tier 3	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	Tier 3	
<i>tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)</i>	Tier 4	
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	Tier 4	PA
<i>tretinoin 0.025 % cream</i>	Tier 3	PA
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 4	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
<i>ala-cort 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>betamethasone dipropionate aug</i> <i>0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>betamethasone valerate (0.1 %</i> <i>cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>clobetasol prop emollient base</i> <i>0.05 % cream</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate (0.05 %</i> <i>cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel,</i> <i>0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	Tier 4	
<i>clobetasol propionate 0.05 %</i> <i>liquid</i>	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
<i>clobetasol propionate e 0.05 %</i> <i>cream</i>	Tier 4	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 %</i> <i>ointment)</i>	Tier 4	
<i>desoximetasone 0.25 % cream</i>	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
<i>fluocinolone acetonide (0.01 %</i> <i>cream, 0.025 % cream, 0.025 %</i> <i>ointment)</i>	Tier 3	
<i>fluocinolone acetonide 0.01 %</i> <i>solution</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide body 0.01</i> <i>% oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01</i> <i>% oil</i>	Tier 4	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 %</i> <i>gel, 0.05 % ointment, 0.05 %</i> <i>solution, 0.1 % cream)</i>	Tier 3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05</i> <i>% cream</i>	Tier 3	
<i>fluticasone propionate (0.005 %</i> <i>ointment, 0.05 % cream)</i>	Tier 2	
<i>halobetasol propionate (0.05 %</i> <i>cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
<i>hydrocortisone (1 % cream, 1 %</i> <i>ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion,</i> <i>2.5 % ointment)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment</i>	Tier 4	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	Tier 2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	Tier 2	
<i>selenium sulfide 2.5 % lotion</i>	Tier 2	
<i>tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)</i>	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>triderm 0.5 % cream</i>	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
<i>alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)</i>	Tier 4	
<i>calcipotriene 0.005 % solution</i>	Tier 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	Tier 3	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream</i>	Tier 2	
<i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	Tier 4	
<i>cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>fluorouracil 5 % cream</i>	Tier 3	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>isopropyl alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>medpura alcohol pads 70 % misc</i>	Tier 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	Tier 4	
OTEZLA (20 MG TAB, 30 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OTEZLA XR 75 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>podofilox 0.5 % solution</i>	Tier 2	
<i>qc alcohol 70 % misc</i>	Tier 2	
<i>ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc</i>	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	Tier 2	
<i>ssd 1 % cream</i>	Tier 2	
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
<i>malathion 0.5 % lotion</i>	Tier 4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	Tier 2	
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ciclodan 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	Tier 4	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	Tier 2	
<i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)</i>	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
<i>erythromycin 2 % gel</i>	Tier 4	
<i>erythromycin 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	Tier 2	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
<i>dextrose 10 % solution</i>	Tier 4	
<i>dextrose 5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	
<i>dextrose-sodium chloride (10-0.2 % solution, 10-0.45 % solution, 2.5-0.45 % solution, 5-0.2 % solution, 5-0.225 % solution, 5-0.3 % solution, 5-0.33 % solution)</i>	Tier 4	
<i>dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	Tier 3	
<i>kcl in dextrose-nacl (20-5-0.2 meq/l-%-% solution, 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
<i>klor-con 10 10 meq tab er</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>klor-con 8 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m10 10 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m15 15 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 4	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	Tier 4	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	Tier 3	
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i>	Tier 2	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	Tier 4	
<i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	Tier 4	
<i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i>	Tier 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>prenatal vitamins</i>	Tier 3	
<i>ringers solution</i>	Tier 4	
<i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i>	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	Tier 4	
<i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i>	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	Tier 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	Tier 3	
<i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan 15 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>trientine hcl 250 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
<i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
POTASSIUM BINDERS		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	
<i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i>	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

GASTROINTESTINAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
<i>lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)</i>	Tier 2	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

GASTROINTESTINAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
<i>bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap</i>	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap</i>	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	Tier 2	
<i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>ursodiol 300 mg cap</i>	Tier 4	
VOQUEZNA DUAL PAK 500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
VOQUEZNA TRIPLE PAK 500-500-20 MG THER PACK	Tier 4	PA, QL (112 PER 14 DAYS)
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	
PROTECTANTS		
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	Tier 2	
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

GASTROINTESTINAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i>	Tier 4	
<i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>lansoprazole 15 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>lansoprazole 30 mg cap dr</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	Tier 1	
<i>omeprazole 40 mg cap dr</i>	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 1	
<i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i>	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	Tier 3	

GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>betaine powder</i>	Tier 5	
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA
CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART)	Tier 3	
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
<i>levocarnitine 330 mg tab</i>	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
<i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i>	Tier 5	PA
<i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i>	Tier 5	PA
ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART)	Tier 3	

GENITOURINARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTISPASMODICS, URINARY		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 3	
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

GENITOURINARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 4	ST
<i>tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	ST
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h</i>	Tier 2	
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
<i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
FILSPARI 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
FILSPARI 400 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	Tier 5	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)		
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i>	Tier 4	
<i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	Tier 2	
<i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 4	
TARPEYO 4 MG CAP DR	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>desmopressin acetate 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i>	Tier 4	
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANDROGENS		
<i>danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<i>testosterone (1.62 % gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)</i>	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel</i>	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ESTROGENS		
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>altavera 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
<i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>estradiol 0.01 % cream</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i>	Tier 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
<i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	Tier 4	
<i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kalliga 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonest 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lo-zumandimine 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>luteru 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lyllana (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ocella 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>syeda 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB	Tier 3	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
PROGESTINS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	Tier 3	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
<i>nora-be 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>norlyroc 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>sharobel 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHEA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)		
<i>euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB)	Tier 3	
<i>unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)		
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	Tier 3	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	Tier 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ORGOVYX 120 MG TAB	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTITHYROID AGENTS		
<i>methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	Tier 2	

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
<i>sajazir 30 mg/3ml soln prsyr</i>	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
IMMUNOGLOBULINS		
GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
AURANOFIN 3 MG CAP	Tier 3	
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
DUPIXENT (200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ENTYVIO PEN 108 MG/0.68ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1.36 ML PER 28 DAYS)
KINERET 100 MG/0.67ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (18.76 ML PER 28 DAYS)
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK	Tier 5	PA, QL (41 PER 28 DAYS)
RIDAURA 3 MG CAP	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
RINVOQ 45 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (168 PER 365 OVER TIME)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 180 MG/1.2ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME)
SKYRIZI 55 MG/0.37ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2.22 ML PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
TREMFYA 100 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 SYRINGE PER 56 DAYS)
TREMFYA 200 MG/20ML SOLUTION	Tier 5	PA
TREMFYA 200 MG/2ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 100 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1 PEN PER 56 DAYS)
TREMFYA PEN 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 ML PER 28 DAYS)
TREMFYA-CD/UC INDUCTION 200 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (24 ML PER 365 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (3.6 PER 28 DAYS)
VELSIPITY 2 MG TAB	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 45 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS)
YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 ML PER 28 DAYS)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 DAYS)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
ENBREL 50 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENVARUSUS XR 4 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>everolimus 1 mg tab</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (3 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 4	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYMFENTRA (1 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 PEN) 120 MG/ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 120 MG/ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (1 PER 28 DAYS)
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	Tier 3	VAC
ACTHIB RECON SOLN	Tier 3	
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	Tier 3	VAC
BEXSERO SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF- MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAIXIA RECON SUSP	Tier 4	
ENGRIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
GARDASIL 9 (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL SUSPENSION	Tier 3	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAXHIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENMENVY RECON SUSP	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX SUSPENSION	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	
VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	
VIVOTIF CAP DR	Tier 4	
YF-VAX RECON SUSP	Tier 4	VAC

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
AMINOSALICYLATES		
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	Tier 3	
<i>mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)</i>	Tier 4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
<i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	Tier 4	
<i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	Tier 3	

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
<i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i>	Tier 4	
BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	Tier 2	
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	Tier 1	
<i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i>	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (1.7 PER 28 DAYS)
XTRENBO 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 4	PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS)
<i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ARGYLE STERILE WATER SOLUTION	Tier 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC)	Tier 3	
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC)	Tier 3	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 3	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC)	Tier 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 15/64" 0.5 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U- 100 27G X 5/8" 1 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U- 500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>gauze pads 2</i>	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC	Tier 3	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 2	
<i>methergine 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i>	Tier 4	
<i>novofine 32g x 6 mm misc</i>	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
<i>ringers irrigation solution</i>	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sterile water for irrigation solution</i>	Tier 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 34G X 3.5 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR 29G X 1/2" 1 ML MISC	Tier 3	
VOWST CAP	Tier 5	PA, LA, QL (12 PER 30 OVER TIME)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	Tier 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500- 10000 UNIT/GM OINTMENT	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2- 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)</i>	Tier 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2- 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension</i>	Tier 3	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400- 10000 ointment)</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	Tier 4	
<i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	Tier 2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 2	
XDEMYVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	Tier 2	
<i>cromolyn sodium 4 % solution</i>	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
<i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	Tier 2	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	Tier 2	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 3	
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	Tier 2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	Tier 4	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	Tier 2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	Tier 4	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 DAYS)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 2	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i>	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i>	Tier 3	
<i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i>	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i>	Tier 2	
<i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i>	Tier 3	
<i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i>	Tier 4	
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	Tier 2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i>	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 DAYS)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	Tier 3	
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	Tier 1	
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	Tier 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

OTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	Tier 3	
<i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i>	Tier 2	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (1 PER 30 DAYS)
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (13 PER 30 DAYS)
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
QVAR REDIHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA)	Tier 3	QL (21.2 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTI-HISTAMINES		
<i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i>	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
<i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>cycloheptadine hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i>	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln</i>	Tier 4	QL (25.8 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
<i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i>	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i>	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
<i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i>	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)</i>	Tier 2	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i>	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENALIN)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i>	Tier 4	PA
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS		
KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
TOBI PODHALER 28 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (224 PER 56 OVER TIME)
<i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i>	Tier 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	Tier 4	PA, QL (280 PER 56 OVER TIME)
TRIKAFTA (100-50-75 & 150 MG TAB THPK, 50-25-37.5 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
MAST CELL STABILIZERS		
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
<i>roflumilast 250 mcg tab</i>	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i>	Tier 3	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>bosentan 32 mg tab sol</i>	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>macitentan 10 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 100 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (420 PER 30 DAYS)
UPTRAVI 150 MCG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (560 PER 28 DAYS)
UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK	Tier 5	PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME)
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	Tier 5	PA, QL (1 PER 21 OVER TIME)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
<i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i>	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	Tier 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>breynd (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 GM PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE FUROATE- VILANTEROL (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
FLUTICASONE-SALMETEROL (113- 14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 2	QL (1 PER 30 DAYS)
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
NUCALA (100 MG RECON SOLN, 100 MG/ML SOLN A-INJ, 100 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 28 DAYS)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 DAYS)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200- 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	Tier 2	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
<i>cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 3	PA

SLEEP DISORDER AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
SLEEP PROMOTING AGENTS		
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 15 mg cap</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>temazepam 30 mg cap</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>triazolam 0.125 mg tab</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>triazolam 0.25 mg tab</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 10 mg cap</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>zaleplon 5 mg cap</i>	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i>	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

SLEEP DISORDER AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
<i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
<i>modafinil 100 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
<i>modafinil 200 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
<i>sodium oxybate 500 mg/ml solution</i>	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

이 섹션에서는 알파벳으로 이름을 검색하여 약품을 찾을 수 있습니다. 색인은 귀하의 약품에 대한 추가 보험 적용 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호를 알려줍니다.

A

abacavir sulfate.....	56	albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin).....	130
abacavir sulfate-lamivudine.....	56	albuterol sulfate.....	130
ABELCET.....	24	albuterol sulfate hfa.....	130
ABILIFY MAINTENA.....	49	alclometasone dipropionate.....	83
abiraterone acetate.....	28,29	ALCOHOL 70% PADS.....	117
abirtega.....	29	ALCOHOL PREP.....	117
ABRYSVO.....	112	ALCOHOL PREP PADS.....	117
acamprosate calcium.....	5	ALCOHOL SWABS.....	117
acarbose.....	61	ALCOHOL SWABSTICK.....	117
accutane.....	83	alcohol wipes.....	85
acebutolol hcl.....	71	ALDURAZYME.....	92
acetaminophen-codeine.....	3	ALECENSA.....	32
acetazolamide.....	73	alendronate sodium.....	116
acetazolamide er.....	127	alfuzosin hcl er.....	94
acetic acid.....	127	aliskiren fumarate.....	73
acetylcysteine.....	132	allopurinol.....	26
acitretin.....	83	alosetron hcl.....	90
ACTHIB.....	112	alprazolam.....	60
ACTIMMUNE.....	110	altavera.....	97
acyclovir.....	59,86	ALUNBRIG.....	32,33
acyclovir sodium.....	59	alyacen 1/35.....	97
ADACEL.....	112	alyacen 7/7/7.....	97
adefovir dipivoxil.....	55	alyq.....	131
ADEMPAS.....	131	amantadine hcl.....	47
ADVAIR HFA.....	132	ambrisentan.....	131
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE.....	117	amikacin sulfate.....	6
afirmelle.....	97	amiloride hcl.....	76
AIMOVIG.....	26	amiloride-hydrochlorothiazide.....	73
AKEEGA.....	30	amiodarone hcl.....	70
ala-cort.....	83	amitriptyline hcl.....	22
albendazole.....	46	amlodipine besy-benazepril hcl.....	74
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair).....	130	amlodipine besylate.....	72
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair).....	130	amlodipine besylate-valsartan.....	74
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil).....	130	amlodipine-atorvastatin.....	74
		amlodipine-olmesartan.....	74
		amlodipine-valsartan-hctz.....	74
		ammonium lactate.....	83
		amnestem.....	83
		amoxapine.....	22

amoxicillin.....	10	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	117
amoxicillin trihydrate.....	10	atazanavir sulfate.....	58
amoxicillin-pot clavulanate.....	10	atenolol.....	71
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE.....	10	atenolol-chlorthalidone.....	74
amoxicillin-pot clavulanate er.....	10	atomoxetine hcl.....	80
amphetamine-dextroamphet er.....	79	atorvastatin calcium.....	77
amphetamine-dextroamphetamine.....	79	atovaquone.....	46
AMPHOTERICIN B.....	24	atovaquone-proguanil hcl.....	46
amphotericin b liposome.....	25	atropine sulfate.....	124
ampicillin.....	10	aubra.....	97
ampicillin sodium.....	10	aubra eq.....	97
ampicillin-sulbactam sodium.....	10	AUGTYRO.....	30,31
anagrelide hcl.....	67	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	117
anastrozole.....	32	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	118
ANORO ELLIPTA.....	132	AUM PEN NEEDLE.....	118
apraclonidine hcl.....	127	AURANOFIN.....	108
aprepitant.....	24	aurovela 1.5/30.....	97
apri.....	97	aurovela 1/20.....	97
APTIVUS.....	58	aurovela fe 1.5/30.....	97
AQ INSULIN SYRINGE.....	117	aurovela fe 1/20.....	97
AQINJECT PEN NEEDLE.....	117	AUSTEDO.....	80
ARALAST NP.....	92	AUSTEDO XR.....	81
ARANELLE.....	97	AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	81
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	67	AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE.....	118
ARCALYST.....	108	AUVELITY.....	19
AREXVY.....	113	AUVELITY TITRATION PACK.....	19
ARGYLE STERILE WATER.....	117	aviane.....	97
ARIKAYCE.....	6	avidoxy.....	13
aripiprazole.....	50	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	32
armodafinil.....	135	ayuna.....	97
ARNUITY ELLIPTA.....	128	AYVAKIT.....	33
asenapine maleate.....	50	azathioprine.....	110
ashlyna.....	97	AZATHIOPRINE SODIUM.....	110
ASMANEX (120 METERED DOSES).....	128	azelastine hcl.....	125,129
ASMANEX (14 METERED DOSES).....	128	azithromycin.....	11
ASMANEX (30 METERED DOSES).....	128	aztreonam.....	6
ASMANEX (60 METERED DOSES).....	128	azurette.....	97
ASMANEX HFA.....	128		
aspirin-dipyridamole er.....	68	B	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	117	bac (butalbital-acetamin-caff).....	81

bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	124	BIKTARVY.....	55
BACITRACIN.....	125	BILDYOS.....	116
BACITRACIN-POLYMYXIN B.....	124	BILPREVDA.....	116
baclofen.....	54	bimatoprost.....	127
balsalazide disodium.....	115	bis subcit-metronid-tetracyc.....	91
BALVERSA.....	33	bismuth/metronidaz/tetracyclin.....	91
balziva.....	97	bisoprolol fumarate.....	71
BAQSIMI ONE PACK.....	64	bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	74
BAQSIMI TWO PACK.....	64	BIXLENVO.....	55
BARACLUDE.....	55	blisovi fe 1.5/30.....	97
BCG VACCINE.....	113	blisovi fe 1/20.....	97
BD INSULIN SYRINGE.....	118	BOOSTRIX.....	113
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		bosentan.....	131
MISC.....	118	BOSULIF.....	33
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		bosutinib.....	33
MISC.....	118	BRAFTOVI.....	33
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		BREO ELLIPTA.....	132
MISC.....	118	brey-na.....	133
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BREZTRI AEROSPHERE.....	133
MISC.....	118	briellyn.....	97
benazepril hcl.....	70	brimonidine tartrate.....	127
benazepril-hydrochlorothiazide.....	74	brimonidine tartrate-timolol.....	124
BENLYSTA.....	108	brinzolamide.....	127
BENZNIDAZOLE.....	46	brivaracetam.....	13
benzoyl peroxide-erythromycin.....	83	bromocriptine mesylate.....	48
benztropine mesylate.....	47	BRUKINSA.....	33
BESIVANCE.....	12	budesonide.....	115,128
BESREMI.....	110	budesonide er.....	115
BESREMI PEN.....	31	budesonide-formoterol fumarate.....	133
betaine.....	92	bumetanide.....	76
betamethasone dipropionate.....	83	buprenorphine.....	2
betamethasone dipropionate aug.....	83,84	buprenorphine hcl.....	5
betamethasone valerate.....	84	buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	5
BETASERON.....	82	bupropion hcl.....	20
betaxolol hcl.....	71,126	bupropion hcl er (smoking det).....	6
bethanechol chloride.....	94	bupropion hcl er (sr).....	20
bexarotene.....	45	bupropion hcl er (xl).....	20
BEXSERO.....	113	buspirone hcl.....	60
bicalutamide.....	29	butalbital-apap-caffeine.....	81
BICILLIN L-A.....	10	butalbital-aspirin-caffeine.....	1

butorphanol tartrate	3
BYSANTI	50
BYSANTI TITRATION PACK A	50
BYSANTI TITRATION PACK B	50
BYSANTI TITRATION PACK C	50

C

CABENUVA	57
cabergoline	106
CABOMETYX	34
calcipotriene	85
calcitonin (salmon)	116
calcitrene	85
calcitriol	116
CALCITRIOL	116
calcium acetate (phos binder)	89
CALQUENCE	34
camila	104
camrese	97
camrese lo	97
candesartan cilexetil	69
candesartan cilexetil-hctz	74
CAPLYTA	50
CAPRELSA	34
captopril	70
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	74
carbamazepine	17
carbamazepine er	17
carbidopa	48
carbidopa-levodopa	48
carbidopa-levodopa er	48
carbidopa-levodopa-entacapone	47
CARETOUCH ALCOHOL PREP	118
carglumic acid	92
carisoprodol	134
CARTEOLOL HCL	126
cartia xt	72
carvedilol	71
CAVHANZA	34
CAYSTON	7

CEFACLOR	8
cefadroxil	8
cefazolin sodium	8
cefdinir	8
cefepime hcl	9
cefixime	9
cefoxitin sodium	9
CEFPODOXIME PROXETIL	9
cefprozil	9
ceftaroline fosamil	9
CEFTAZIDIME	9
ceftriaxone sodium	9
cefuroxime axetil	9
cefuroxime sodium	9
celecoxib	1
cephalexin	9
cetirizine hcl	129
cevimeline hcl	82
chateal eq	97
chlorhexidine gluconate	82
chloroquine phosphate	46
chlorpromazine hcl	49
chlorthalidone	76
cholestyramine	77
cholestyramine light	77
ciclodan	86
ciclopirox	86
ciclopirox olamine	86
cilostazol	68
CILOXAN	12
CIMDUO	56
cimetidine	91
cinacalcet hcl	116
ciprofloxacin hcl	12
ciprofloxacin in d5w	12
ciprofloxacin-dexamethasone	127
citalopram hydrobromide	21
claravis	83
CLARITHROMYCIN	11
clarithromycin	11

clarithromycin er.....	11
clindamycin hcl.....	7
clindamycin palmitate hcl.....	7
clindamycin phos (once-daily).....	86
clindamycin phos (twice-daily).....	87
clindamycin phos-benzoyl perox.....	83
clindamycin phosphate.....	7,87
clindamycin phosphate in d5w.....	7
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL.....	7
clobazam.....	15
clobetasol prop emollient base.....	84
clobetasol propionate.....	84
clobetasol propionate e.....	84
clomipramine hcl.....	22
clonazepam.....	60
clonidine.....	69
clonidine hcl.....	69
clopidogrel bisulfate.....	68
clorazepate dipotassium.....	60
clotrimazole.....	25
clotrimazole-betamethasone.....	85
clozapine.....	54
COARTEM.....	46
COBENFY.....	53
COBENFY STARTER PACK.....	53
CODEINE SULFATE.....	3
codeine sulfate.....	3
colchicine.....	26
colchicine-probenecid.....	26
colesevelam hcl.....	77
colestipol hcl.....	78
colistimethate sodium (cba).....	7
COMBIVENT RESPIMAT.....	133
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	34
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	34
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	34
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	118
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	118
compro.....	23
constulose.....	90

COPIKTRA.....	34
CORLANOR.....	74
CORTIFOAM.....	115
CORTISONE ACETATE.....	94
CORTISPORIN-TC.....	127
COSENTYX.....	108
COSENTYX (300 MG DOSE).....	108
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	108
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	108
COSENTYX UNOREADY.....	108
COTELLIC.....	34
CREON.....	92
CRESEMBA.....	25
cromolyn sodium.....	91,125,131
cryselle.....	97
cryselle-28.....	97
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	118
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE.....	118
cvs isopropyl alcohol wipes.....	85
cyclobenzaprine hcl.....	134
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	28
cyclosporine.....	110
cyclosporine modified.....	110
cyproheptadine hcl.....	129
cyred.....	98
cyred eq.....	98

D

dabigatran etexilate mesylate.....	66
dalfampridine er.....	82
danazol.....	96
dantrolene sodium.....	54
dapaglifloz base-metformin er.....	61
dapagliflozin.....	78
dapsone.....	28
DAPTACEL.....	113
daptomycin.....	7
darunavir.....	58
dasatinib.....	34
dasetta 1/35.....	98

dasetta 7/7/7.....	98	dicyclomine hcl.....	90
DAURISMO.....	34,35	DIFICID.....	11
daysee.....	98	diflunisal.....	1
deblitane.....	104	difluprednate.....	126
deferasirox.....	89	digox.....	70
DELSTRIGO.....	56	digoxin.....	70
delyla.....	98	dihydroergotamine mesylate.....	27
DENG VAXIA.....	113	DILANTIN.....	17
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	104	dilt-xr.....	72
depo-testosterone.....	96	diltiazem hcl.....	72
DERMOTIC.....	128	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	72
DESCOVY.....	56	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	72
desipramine hcl.....	22	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	72
desmopressin ace spray refrig.....	96	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	73
desmopressin acetate.....	96	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	73
desmopressin acetate pf.....	96	diltiazem hcl er.....	73
desogestrel-ethinyl estradiol.....	98	diltiazem hcl er beads.....	73
desonide.....	84	dimethyl fumarate.....	82
desoximetasone.....	84	dimethyl fumarate starter pack.....	82
desvenlafaxine succinate er.....	21	diphenoxylate-atropine.....	90
dexamethasone.....	95	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	90
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID....	95	dipyridamole.....	68
dexamethasone sod phosphate pf.....	95	disulfiram.....	5
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	95,126	divalproex sodium.....	13
dexmethylphenidate hcl.....	80	divalproex sodium er.....	14
dextroamphetamine sulfate.....	80	dofetilide.....	70
dextrose.....	87	donepezil hcl.....	19
dextrose in lactated ringers.....	87	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	19
DEXTROSE-NACL.....	87	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	19
dextrose-sodium chloride.....	87	dorzolamide hcl.....	127
DIACOMIT.....	13	dorzolamide hcl-timolol mal.....	124
diazepam.....	15,60,61	dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	124
diazepam intensol.....	61	dotti.....	98
diazoxide.....	64		
diclofenac potassium.....	1		
diclofenac sodium.....	1,126		
diclofenac sodium er.....	1		
dicloxacillin sodium.....	10		

DOVATO.....	55
doxazosin mesylate.....	69
doxepin hcl.....	22,23
doxercalciferol.....	116
doxy 100.....	13
doxycycline hyclate.....	13
doxycycline monohydrate.....	13
DRIZALMA SPRINKLE.....	81
dronabinol.....	24
DROPLET INSULIN SYRINGE.....	119
DROPLET MICRON.....	119
DROPLET PEN NEEDLES.....	119
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO.....	119
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	119
drospirenone-ethinyl estradiol.....	98
DROXIA.....	92
droxidopa.....	69
duloxetine hcl.....	81
DUPIXENT.....	108
dutasteride.....	94
dutasteride-tamsulosin hcl.....	94

E

e.e.s. 400.....	11
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	119
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	119
EASY TOUCH INSULIN BARRELS.....	119
ec-naproxen.....	1
econazole nitrate.....	25
EDURANT PED.....	56
efavirenz.....	56
efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	56
efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	56
ELAPRASE.....	93
elinest.....	98
ELIQUIS.....	66
ELIQUIS (1.5 MG PACK).....	66
ELIQUIS (2 MG PACK).....	66
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	66
eltrombopag olamine.....	67,68

eluryng.....	98
EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	119
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	120
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE.....	120
EMBECTA INSULIN SYRINGE.....	120
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	120
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500.....	120
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	120
EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	120
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN.....	120
EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	120
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE.....	120
EMBRACE PEN NEEDLES.....	120
EMGALITY.....	26
EMGALITY (300 MG DOSE).....	26
EMSAM.....	20
emtricitab-rilpivir-tenofof df.....	56
emtricitabine.....	57
emtricitabine-tenofovir df.....	57
EMTRIVA.....	57
emzahn.....	104
enalapril maleate.....	70
enalapril-hydrochlorothiazide.....	74
ENBREL.....	110
ENBREL MINI.....	110
ENBREL SURECLICK.....	111
endocet.....	3
ENGERIX-B.....	113
enilloring.....	98
ENOBV.....	116
enoxaparin sodium.....	66
enpresse-28.....	98
ENSACOVE.....	32
enskyce.....	98
entacapone.....	47
entecavir.....	55
ENTYVIO PEN.....	108
enulose.....	90
ENVARUSUS XR.....	111
EPIDIOLEX.....	14

epinephrine.....	130
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	130
epitol.....	17
eplerenone.....	76
ERGOLOID MESYLATES.....	18
ERGOTAMINE-CAFFEINE.....	27
ERIVEDGE.....	35
ERLEADA.....	29
erlotinib hcl.....	35
errin.....	104
ertapenem sodium.....	11
ERY.....	87
erythrocine lactobionate.....	12
erythromycin.....	87,125
erythromycin base.....	12
erythromycin ethylsuccinate.....	12
erythromycin lactobionate.....	12
ERZOFRI.....	50,51
escitalopram oxalate.....	21
eslicarbazepine acetate.....	17
esomeprazole magnesium.....	92
estarylla.....	98
estradiol.....	98,99
estradiol valerate.....	99
ESTRING.....	99
estrogens conjugated.....	99
eszopiclone.....	134
ethambutol hcl.....	28
ethosuximide.....	15
ethynodiol diac-eth estradiol.....	99
etodolac.....	1
etodolac er.....	1
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	99
etravirine.....	56
EUCRISA.....	84
EULEXIN.....	29
euthyrox.....	105
everolimus.....	35,111
EVOTAZ.....	58

exemestane.....	32
EXXUA.....	20
EXXUA TITRATION PACK.....	20
ezetimibe.....	78
ezetimibe-simvastatin.....	78

F

falmina.....	99
famciclovir.....	59
famotidine.....	91
FANAPT.....	51
FANAPT TITRATION PACK A.....	51
FANAPT TITRATION PACK B.....	51
FANAPT TITRATION PACK C.....	51
FARXIGA.....	78
febuxostat.....	26
feirza 1.5/30.....	99
feirza 1/20.....	99
felbamate.....	14
felodipine er.....	72
fenofibrate.....	77
fenofibrate micronized.....	77
fenofibric acid.....	77
fentanyl.....	2
FETZIMA.....	21
FETZIMA TITRATION.....	21
fidaxomicin.....	12
FILSPARI.....	94
finasteride.....	94
fingolimod hcl.....	82
FINTEPLA.....	14
flecainide acetate.....	70
fluconazole.....	25
fluconazole in sodium chloride.....	25
flucytosine.....	25
fludrocortisone acetate.....	95
flunisolide.....	133
fluocinolone acetonide.....	84
fluocinolone acetonide body.....	84
fluocinolone acetonide scalp.....	84

fluocinonide	84
fluocinonide emulsified base	84
fluorometholone	126
fluorouracil	85
fluoxetine hcl	21
FLUOXETINE HCL	21
fluphenazine decanoate	49
fluphenazine hcl	49
FLURBIPROFEN	1
FLURBIPROFEN SODIUM	126
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL	133
fluticasone propionate	84,133
fluticasone-salmeterol	133
FLUTICASONE-SALMETEROL	133
fluvastatin sodium	77
fluvastatin sodium er	77
fluvoxamine maleate	21
FML FORTE	126
fondaparinux sodium	66
fosamprenavir calcium	58
fosfomycin tromethamine	7
fosinopril sodium	70
fosinopril sodium-hctz	74
FOTIVDA	35
FRUZAQLA	31
FULPHILA	68
fulvestrant	30
FUROSEMIDE	76
furosemide	76
fyavolv	99

G

gabapentin	15,16
galantamine hydrobromide	19
galantamine hydrobromide er	19
gallifrey	104
GAMUNEX-C	107
GARDASIL 9	113
gauze pads 2	120
GAVILYTE-C	91

gavilyte-g	91
gavilyte-n with flavor pack	90
GAVRETO	35
gefitinib	35
gemfibrozil	77
GEMTESA	93
generlac	90
gengraf	111
gentamicin sulfate	6,125
GENVOYA	55
GILOTRIF	35
glatiramer acetate	82
glatopa	82
glimepiride	61
glipizide	62
glipizide er	62
glipizide xl	62
glipizide-metformin hcl	62
glucagon emergency	64
glyburide	62
GLYBURIDE MICRONIZED	62
glyburide-metformin	62
glycopyrrolate	91
GLYXAMBI	62
GNP PEN NEEDLES	120
GOMEKLI	35
GOODSENSE ALCOHOL SWABS	120
granisetron hcl	24
griseofulvin microsize	25
griseofulvin ultramicrosize	25
guanfacine hcl	69
guanfacine hcl er	80

H

HADLIMA	111
HADLIMA PUSH TOUCH	111
HAEGARDA	107
hailey 1.5/30	99
hailey fe 1.5/30	99
hailey fe 1/20	99

halobetasol propionate.....	84
haloette.....	99
haloperidol.....	49
haloperidol decanoate.....	49
haloperidol lactate.....	49
HAVRIX.....	113
heather.....	104
heparin sodium (porcine).....	66
heparin sodium (porcine) pf.....	66
HEPLISAV-B.....	113
HERNEXEOS.....	36
HIBERIX.....	113
HIZENTRA.....	108
HUMALOG.....	64
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	64
HUMALOG KWIKPEN.....	64
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	64
HUMALOG MIX 75/25.....	64
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	64
HUMULIN 70/30.....	64
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	64
HUMULIN N.....	64
HUMULIN N KWIKPEN.....	64
HUMULIN R.....	65
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	65
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	65
hydralazine hcl.....	78
hydrochlorothiazide.....	76
hydrocodone-acetaminophen.....	3
hydrocortisone.....	84,115,116
hydrocortisone (perianal).....	85
hydrocortisone butyrate.....	85
hydrocortisone-acetic acid.....	128
hydromorphone hcl.....	3,4
hydroxychloroquine sulfate.....	46
hydroxyurea.....	31
hydroxyzine hcl.....	129
hydroxyzine pamoate.....	129
HYRNUO.....	36

ibandronate sodium.....	116
IBRANCE.....	36
IBTROZI.....	36
ibu.....	1
ibuprofen.....	1
icatibant acetate.....	107
iclevia.....	99
ICLUSIG.....	36
icosapent ethyl.....	78
IDHIFA.....	36
IDVYNZO.....	57
ILEVRO.....	126
imatinib mesylate.....	36
IMBRUVICA.....	36
imipenem-cilastatin.....	11
imipramine hcl.....	23
imiquimod.....	85
IMKELDI.....	36
IMOVAX RABIES.....	113
IMPAVIDO.....	47
incassia.....	104
INCRELEX.....	96
INCRUSE ELLIPTA.....	129
indapamide.....	77
indomethacin.....	1
INFANRIX.....	113
INLURIYO.....	30
INLYTA.....	36,37
INQOVI.....	31
INREBIC.....	37
INSULIN LISPRO.....	65
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	65
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN.....	65
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	65
INSULIN PEN NEEDLES.....	121
INSULIN PEN NEEDLES.....	121
INSULIN SYRINGE 0.3 ML.....	121
INSULIN SYRINGE 0.5 ML.....	121

INSULIN SYRINGE 1 ML.....	121
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100.....	121
INSUPEN PEN NEEDLES.....	121
INSUPEN32G EXTR3ME.....	121
INTELENCE.....	56
INTRALIPID.....	121
introvale.....	99
INVEGA HAFYERA.....	51
INVEGA SUSTENNA.....	51
INVEGA TRINZA.....	51,52
IPOL.....	113
ipratropium bromide.....	129
ipratropium bromide hfa.....	129
ipratropium-albuterol.....	133
irbesartan.....	69
irbesartan-hydrochlorothiazide.....	75
ISENTRESS.....	55
ISENTRESS HD.....	55
isibloom.....	99
isoniazid.....	28
isopropyl alcohol.....	86
isopropyl alcohol wipes.....	86
isosorbide dinitrate.....	79
isosorbide mononitrate.....	79
isosorbide mononitrate er.....	79
isotretinoin.....	83
isradipine.....	72
ITOVEBI.....	37
itraconazole.....	25
ivabradine hcl.....	75
ivermectin.....	46
IWILFIN.....	31
IXIARO.....	113

J

jaimiess.....	99
JAKAFI.....	37
JAKAFI XR.....	37
jantoven.....	67
JARDIANCE.....	78

jasmiel.....	99
JAYPIRCA.....	37
jencycla.....	104
JENTADUETO.....	62
JENTADUETO XR.....	62
JIDEYTRO.....	37
jinteli.....	99
jolessa.....	99
joyeaux.....	99
JUBBONTI.....	116
juleber.....	99
JULUCA.....	55
junel 1.5/30.....	99
junel 1/20.....	100
junel fe 1.5/30.....	100
junel fe 1/20.....	100
JYNNEOS.....	113

K

KALETRA.....	58
kalliga.....	100
KALYDECO.....	130
kariva.....	100
kcl in dextrose-nacl.....	87
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	87
kelnor 1/35.....	100
kelnor 1/50.....	100
KERENDIA.....	62
ketoconazole.....	25
ketorolac tromethamine.....	126
KINERET.....	108
KINRIX.....	113
kionex.....	89
KISQALI (200 MG DOSE).....	37
KISQALI (400 MG DOSE).....	37
KISQALI (600 MG DOSE).....	37
klayesta.....	25
klor-con.....	88
klor-con 10.....	87
klor-con m10.....	88

klor-con m15.....	88
klor-con m20.....	88
KLOXXADO.....	5
KOMZIFTI.....	38
KOSELUGO.....	38
kourzeq.....	82
KRAZATI.....	38
kurvelo.....	100

L

l-glutamine.....	93
labetalol hcl.....	71
lacosamide.....	17
lactated ringers.....	88,121
lactulose.....	90
lactulose encephalopathy.....	90
LAGEVRIO.....	59
lamivudine.....	55,57
lamivudine-zidovudine.....	57
lamotrigine.....	14
lansoprazole.....	92
LANTUS.....	65
LANTUS SOLOSTAR.....	65
lapatinib ditosylate.....	38
larin 1.5/30.....	100
larin 1/20.....	100
larin fe 1.5/30.....	100
larin fe 1/20.....	100
latanoprost.....	127
LAZCLUZE.....	32
LEDERLE LEUCOVORIN.....	31
leena.....	100
leflunomide.....	111
lenalidomide.....	29
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	38
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	38
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	38
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	38
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	38
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	38

LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	38
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	39
LEQEMBI IQLIK.....	18
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE).....	18
lessina.....	100
letrozole.....	32
leucovorin calcium.....	31
LEUKERAN.....	28
LEUKINE.....	68
leuprolide acetate.....	106
levalbuterol hcl.....	130
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	130
levetiracetam.....	14
levetiracetam er.....	14
levo-t.....	105
LEVOBUNOLOL HCL.....	126
levocarnitine.....	93
levocetirizine dihydrochloride.....	129
levofloxacin.....	12
LEVOFLOXACIN.....	125
levofloxacin in d5w.....	12
levonest.....	100
levonorg-eth estrad triphasic.....	100
levonorgest-eth estrad 91-day.....	100
levonorgest-eth estradiol-iron.....	100
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	100
levora 0.15/30 (28).....	100
levothyroxine sodium.....	105
levoxyl.....	105
lidocaine.....	5
lidocaine hcl.....	5
lidocaine viscous hcl.....	5
lidocaine-prilocaine.....	5
lidocan.....	5
LIFYORLI (125 MG DOSE).....	39
LIFYORLI (150 MG DOSE).....	39
LILETTA (52 MG).....	104
lincomycin hcl.....	7
linezolid.....	7
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	7

LINZESS.....	90
liothyronine sodium.....	105
lisinopril.....	70
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	75
lithium.....	61
lithium carbonate.....	61
lithium carbonate er.....	61
LIVTENCITY.....	54
lo-zumandimine.....	100
loestrin 1.5/30 (21).....	100
loestrin 1/20 (21).....	101
loestrin fe 1.5/30.....	101
loestrin fe 1/20.....	101
lojaimiess.....	101
LOKELMA.....	89
lomustine.....	28
LONSURF.....	31
loperamide hcl.....	90
lopinavir-ritonavir.....	58
lorazepam.....	61
lorazepam intensol.....	61
LORBRENA.....	39
loryna.....	101
losartan potassium.....	69
losartan potassium-hctz.....	75
loteprednol-tobramycin.....	124
lovastatin.....	77
low-ogestrel.....	101
loxapine succinate.....	49
lubiprostone.....	90
luizza 1.5/30.....	101
luizza 1/20.....	101
LUMAKRAS.....	39
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	106
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	106
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	106
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	106
lurasidone hcl.....	52
lutera.....	101
LYBALVI.....	20

lyleq.....	104
lyllana.....	101
LYNPARZA.....	39
LYSODREN.....	31
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	39
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	39
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	39
lyza.....	104

M

M-M-R II.....	113
macitentan.....	131
magnesium sulfate.....	88
malathion.....	86
maraviroc.....	57
marlissa.....	101
MARPLAN.....	21
MATULANE.....	28
matzim la.....	73
MAVYRET.....	55
meclizine hcl.....	23
medpura alcohol pads.....	86
medroxyprogesterone acetate.....	104
mefloquine hcl.....	47
megestrol acetate.....	104
MEKINIST.....	39,40
MEKTOVI.....	40
meleya.....	104
meloxicam.....	2
memantine hcl.....	19
memantine hcl er.....	19
MENEST.....	101
MENQUADFI.....	113
MENVEO.....	113
mercaptopurine.....	30
meropenem.....	11
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	11
mesalamine.....	115
mesalamine er.....	115
mesna.....	46

metformin hcl.....	62
metformin hcl er.....	62
methadone hcl.....	2
methazolamide.....	127
methenamine hippurate.....	7
methergine.....	121
methimazole.....	107
methocarbamol.....	134
METHOTREXATE SODIUM.....	111
methotrexate sodium.....	111
methotrexate sodium (pf).....	111
METHOXSALIN RAPID.....	86
methscopolamine bromide.....	91
methsuximide.....	15
METHYLDOPA.....	69
methylergonovine maleate.....	121
methylphenidate hcl.....	80
methylphenidate hcl er.....	80
methylprednisolone.....	95
methylprednisolone acetate.....	95
methylprednisolone sodium succ.....	95
metoclopramide hcl.....	23
metolazone.....	77
metoprolol succinate er.....	71
metoprolol tartrate.....	71
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	75
metronidazole.....	7,8
metyrosine.....	75
mexiletine hcl.....	70
micafungin sodium.....	25
MICONAZOLE 3.....	25
microgestin 1.5/30.....	101
microgestin 1/20.....	101
microgestin fe 1.5/30.....	101
microgestin fe 1/20.....	101
midodrine hcl.....	69
mifepristone.....	106
mili.....	101
minocycline hcl.....	13
minoxidil.....	78

minzoya.....	101
mirtazapine.....	20
misoprostol.....	91
modafinil.....	135
MODEYSO.....	31
moexipril hcl.....	70
MOLINDONE HCL.....	49
mometasone furoate.....	85
mondoxyne nl.....	13
mono-lynyah.....	101
montelukast sodium.....	129
morphine sulfate.....	4
morphine sulfate (concentrate).....	4
morphine sulfate er.....	2
MOUNJARO.....	62
MOVANTIK.....	90
moxifloxacin hcl.....	12,125
MOXIFLOXACIN HCL.....	12
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	125
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL.....	12
MRESVIA.....	114
MULTAQ.....	71
mupirocin.....	87
mycophenolate mofetil.....	111
mycophenolate mofetil hcl.....	111
mycophenolate sodium.....	112
mycophenolic acid.....	112
MYRBETRIQ.....	93

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	90
nabumetone.....	2
nadolol.....	71
nafticillin sodium.....	10
NAGLAZYME.....	93
naloxone hcl.....	5
naltrexone hcl.....	6
naproxen.....	2
naproxen dr.....	2
naproxen sodium.....	2

naratriptan hcl.....	27
NATACYN.....	125
nateglinide.....	62
NAYZILAM.....	5
nebivolol hcl.....	71
necon 0.5/35 (28).....	101
NEFAZODONE HCL.....	21
neo-polycin.....	124
neo-polycin hc.....	124
neomycin sulfate.....	6
neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	124
neomycin-polymyxin-dexameth.....	124
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	125
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	125
neomycin-polymyxin-hc.....	128
NERLYNX.....	40
nevirapine.....	56
NEVIRAPINE.....	56
nevirapine er.....	56
NEXPLANON.....	104
NIACIN (ANTHYPERLIPIDEMIC).....	78
niacin er (antihyperlipidemic).....	78
NIACOR.....	78
nicardipine hcl.....	72
NICOTROL NS.....	6
nifedipine er.....	72
nifedipine er osmotic release.....	72
nikki.....	101
nilotinib hcl.....	40
nilutamide.....	29
nimodipine.....	72
NINLARO.....	40
nintedanib esylate.....	132
nitazoxanide.....	47
nitisinone.....	93
nitro-bid.....	79
nitrofurantoin macrocrystal.....	8
nitrofurantoin monohyd macro.....	8
nitroglycerin.....	79
NIVESTYM.....	68

NIZATIDINE.....	91
nora-be.....	104
norelgestromin-eth estradiol.....	101
norethin ace-eth estrad-fe.....	101
norethin-eth estradiol-fe.....	102
norethindrone.....	104
norethindrone acet-ethinyl est.....	102
norethindrone acetate.....	105
norethindrone-eth estradiol.....	102
norgestim-eth estrad triphasic.....	102
norgestimate-eth estradiol.....	102
norlyroc.....	105
nortrel 0.5/35 (28).....	102
nortrel 1/35 (21).....	102
nortrel 1/35 (28).....	102
nortrel 7/7/7.....	102
nortriptyline hcl.....	23
NORVIR.....	58
NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	121
NOVOLIN R FLEXPEN.....	65
NOVOLIN R FLEXPEN RELION.....	65
NUBEQA.....	29
NUCALA.....	133
NUPLAZID.....	52
NURTEC.....	26
NUTRILIPID.....	121
nyamyc.....	25
nylia 1/35.....	102
nylia 7/7/7.....	102
nystatin.....	25
nystatin-triamcinolone.....	86
nystop.....	25



ocella.....	102
octreotide acetate.....	106
OCTREOTIDE ACETATE.....	106
ODEFSEY.....	56
ODOMZO.....	40
OFEV.....	132

ofloxacin.....	125,128
OGSIVEO.....	40
OJEMDA.....	40
OJJAARA.....	31
olanzapine.....	52
olmesartan medoxomil.....	69
olmesartan medoxomil-hctz.....	75
olmesartan-amlodipine-hctz.....	75
omega-3-acid ethyl esters.....	78
omeprazole.....	92
OMNITROPE.....	91,96
ondansetron.....	24
ONDANSETRON HCL.....	24
ondansetron hcl.....	24
ONUREG.....	30
OPIPZA.....	52
OPVEE.....	121
oralone.....	82
ORGOVYX.....	107
orquidea.....	105
ORSERDU.....	29
oseltamivir phosphate.....	59
OSPHENA.....	105
OTEZLA.....	86,108
OTEZLA XR.....	86
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK.....	108
oxaprozin.....	2
oxcarbazepine.....	17
oxybutynin chloride.....	93
oxybutynin chloride er.....	93
oxycodone hcl.....	4
oxycodone-acetaminophen.....	4
OZEMPIC.....	63
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	63
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	63
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	63

P

pacerone.....	71
paliperidone er.....	52
PANRETIN.....	45
pantoprazole sodium.....	92
paricalcitol.....	116
paroxetine hcl.....	21
PAROXETINE HCL.....	22
paroxetine hcl er.....	22
PAXLOVID (150/100).....	60
PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	60
PAXLOVID (300/100).....	60
pazopanib hcl.....	40
PAZOPANIB HCL.....	40
PEDIARIX.....	114
PEDVAXHIB.....	114
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	90
peg-3350/electrolytes.....	91
PEGASYS.....	110
PEMAZYRE.....	40
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	121
PEN NEEDLES.....	121
PENBRAYA.....	121
penicillamine.....	94
penicillin g potassium.....	10
PENICILLIN G SODIUM.....	10
penicillin v potassium.....	11
PENMENVY.....	114
PENTACEL.....	114
pentamidine isethionate.....	47
pentoxifylline er.....	75
perampanel.....	14
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	70
periogard.....	82
permethrin.....	86
perphenazine.....	23
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	20
PERSERIS.....	52
pfizerpen.....	11
PHENELZINE SULFATE.....	21
phenobarbital.....	16
phenytek.....	17
phenytoin.....	17

phenytoin infatabs.....	18	prednisolone sodium phosphate.....	95
phenytoin sodium extended.....	18	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	126
philith.....	102	prednisone.....	95
PIFELTRO.....	56	PREDNISONE.....	95
pilocarpine hcl.....	82,127	PREDNISONE INTENSOL.....	95
pimozide.....	49	pregabalin.....	81,82
pimtrea.....	102	PREMARIN.....	102
pindolol.....	71	PREMASOL.....	88
pioglitazone hcl.....	63	PREMIUM LIDOCAINE.....	5
pioglitazone hcl-glimepiride.....	63	prenatal vitamins.....	88
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	63	PRETOMANID.....	28
piperacillin sod-tazobactam so.....	11	prevalite.....	78
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	41	PREVYMIS.....	54
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	41	PREZCOBIX.....	58
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	41	PREZISTA.....	58
pirfenidone.....	132	primaquine phosphate.....	47
PIRFENIDONE.....	132	primidone.....	16
piroxicam.....	2	PRIORIX.....	114
PNV 27-CA/FE/FA.....	88	PRO COMFORT ALCOHOL.....	121
podofilox.....	86	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	122
polycin.....	125	probenecid.....	26
polymyxin b-trimethoprim.....	125	prochlorperazine.....	23
pomalidomide.....	29	prochlorperazine maleate.....	23
POMALYST.....	30	procto-med hc.....	85
portia-28.....	102	proctosol hc.....	85
posaconazole.....	25	proctozone-hc.....	85
potassium chloride.....	88	progesterone.....	105
potassium chloride crys er.....	88	PROGRAF.....	112
potassium chloride er.....	88	promethazine hcl.....	23,129
potassium chloride in dextrose.....	88	propafenone hcl.....	71
potassium chloride in nacl.....	88	propranolol hcl.....	71
potassium citrate er.....	88	PROPRANOLOL HCL.....	72
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	88	propranolol hcl er.....	72
pramipexole dihydrochloride.....	48	propylthiouracil.....	107
prasugrel hcl.....	68	PROQUAD.....	114
pravastatin sodium.....	77	protriptyline hcl.....	23
praziquantel.....	46	PULMOZYME.....	131
prazosin hcl.....	69	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	122
prednisolone.....	95	pyrazinamide.....	28
prednisolone acetate.....	126	pyridostigmine bromide.....	27

pyridostigmine bromide er	27
pyrimethamine	47

Q

qc alcohol	86
QINLOCK	31
QUADRACEL	114
quetiapine fumarate	52
quetiapine fumarate er	53
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE	122
quinapril hcl	70
quinapril-hydrochlorothiazide	75
QUINIDINE SULFATE	71
quinine sulfate	47
QVAR REDHALER	128

R

ra isopropyl alcohol wipes	86
RABAVERT	114
rabeprazole sodium	92
RALDESY	22
raloxifene hcl	105
ramelteon	134
ramipril	70
ranolazine er	75
rasagiline mesylate	48
reclipsen	102
RECOMBIVAX HB	114
RELENZA DISKHALER	59
repaglinide	63
REPATHA	78
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	78
REPATHA SURECLICK	78
RESTASIS	125
RETACRIT	68
RETEVMO	41
REVCovi	93
REVUFORJ	41
REXULTI	53
REYATAZ	58

REZDIFFRA	106
REZLIDHIA	41
RHOPRESSA	127
RIBAVIRIN	55
ribavirin	55
RIDAURA	108
rifabutin	28
rifampin	28
rifapentine	28
rilpivirine hcl	56
riluzole	81
RIMANTADINE HCL	59
ringers	88
ringers irrigation	122
RINVOQ	109
RINVOQ LQ	109
risedronate sodium	116
risperidone	53
risperidone microspheres er	53
ritonavir	59
rivaroxaban	67
rivastigmine	19
rivastigmine tartrate	19
rizatriptan benzoate	27
ROCKLATAN	125
roflumilast	131
ROMVIMZA	41
ropinirole hcl	48
ropinirole hcl er	48
rosuvastatin calcium	77
ROTARIX	114
ROTATEQ	114
roweepira	14
ROZLYTREK	41
RUBRACA	41
rufinamide	18
RUKOBIA	57
RYBELSUS	63
RYDAPT	42

S

sacubitril-valsartan.....	75	SMOFLIPID.....	122
sajazir.....	107	sodium chloride.....	88
SANTYL.....	86	sodium chloride (pf).....	89
sapropterin dihydrochloride.....	93	sodium fluoride.....	89
SCEMBLIX.....	42	sodium oxybate.....	135
scopolamine.....	23	sodium phenylbutyrate.....	93
SECUADO.....	53	sodium polystyrene sulfonate.....	89
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	122	solifenacin succinate.....	94
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES.....	122	SOLTAMOX.....	30
selegiline hcl.....	48	SOMAVERT.....	107
selenium sulfide.....	85	sorafenib tosylate.....	42
SELZENTRY.....	58	sotalol hcl.....	71
SEREVENT DISKUS.....	130	sotalol hcl (af).....	71
sertraline hcl.....	22	SPIRIVA RESPIMAT.....	129
setlakin.....	102	spironolactone.....	76
sevelamer carbonate.....	89	spironolactone-hctz.....	75
sharobel.....	105	sprintec 28.....	102
SHINGRIX.....	114	SPRITAM.....	14
SIGNIFOR.....	107	SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF).....	89
sildenafil citrate.....	131	sronyx.....	102
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	122	ssd.....	86
silodosin.....	94	sterile water for irrigation.....	122
silver sulfadiazine.....	86	STIOLTO RESPIMAT.....	133
SIMBRINZA.....	127	STIVARGA.....	42
SIMLANDI (1 PEN).....	112	STREPTOMYCIN SULFATE.....	6
SIMLANDI (1 SYRINGE).....	112	STRIBILD.....	55
SIMLANDI (2 PEN).....	112	subvenite.....	14
SIMLANDI (2 SYRINGE).....	112	SUBVENITE.....	14
simliya.....	102	sucalfate.....	91
simpesse.....	102	SULFACETAMIDE SODIUM.....	126
simvastatin.....	77	sulfacetamide sodium.....	126
sirolimus.....	112	sulfacetamide sodium (acne).....	83
SIRTURO.....	28	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	125
sitagliptin phos-metformin hcl er.....	63	sulfadiazine.....	12
sitagliptin phos-metformin hcl.....	63	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	12
sitagliptin phosphate.....	63	sulfasalazine.....	115
SKYRIZI.....	109	sulfatrim pediatric.....	13
SKYRIZI PEN.....	109	sulindac.....	2
		sumatriptan.....	27
		sumatriptan succinate.....	27

SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL.....	27
sunitinib malate.....	42
SUNLENCA.....	58
SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	122
syeda.....	103
SYMPAZAN.....	16
SYMTUZA.....	59
SYNAREL.....	107
SYNJARDY.....	63
SYNJARDY XR.....	63
SYNTHROID.....	106

T

TABLOID.....	30
TABRECTA.....	42
tacrolimus.....	85,112
tadalafil.....	94
tadalafil (pah).....	132
TAFINLAR.....	42
TAGRISSO.....	42
TALZENNA.....	42,43
tamoxifen citrate.....	30
tamsulosin hcl.....	94
tarina fe 1/20.....	103
tarina fe 1/20 eq.....	103
TARPEYO.....	95
tasimelteon.....	134
tazarotene.....	83
TAZICEF.....	9
TAZVERIK.....	43
TDVAX.....	114
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	122
telmisartan.....	69
telmisartan-amlodipine.....	75
telmisartan-hctz.....	75
temazepam.....	134
TENIVAC.....	114
tenofovir disoproxil fumarate.....	57
TEPMETKO.....	43
terazosin hcl.....	69

terbinafine hcl.....	26
terconazole.....	26
teriflunomide.....	82
teriparatide.....	117
testosterone.....	96
testosterone cypionate.....	96
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	96
tetrabenazine.....	81
tetracycline hcl.....	13
THALOMID.....	30
theophylline er.....	131
thioridazine hcl.....	49
thiothixene.....	49
tiadylt er.....	73
tiagabine hcl.....	16
TIBSOVO.....	43
ticagrelor.....	68
TICOVAC.....	114
tigecycline.....	8
timolol maleate.....	72,126
tinidazole.....	8
tiotropium bromide.....	129
TIVICAY.....	56
TIVICAY PD.....	56
tizanidine hcl.....	54
TOBI PODHALER.....	131
tobramycin.....	126,131
tobramycin sulfate.....	6
tobramycin-dexamethasone.....	125
TOLAK.....	86
tolterodine tartrate.....	94
tolterodine tartrate er.....	94
tolvaptan.....	89
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	122
topiramate.....	15
toremifene citrate.....	30
torsemide.....	76
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	65
TOUJEO SOLOSTAR.....	65
TPN ELECTROLYTES.....	89

TRADJENTA.....	63
tramadol hcl.....	4
tramadol hcl er.....	3
tramadol-acetaminophen.....	4
trandolapril.....	70
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	75
tranexamic acid.....	68
tranylcypromine sulfate.....	21
travoprost (bak free).....	127
trazodone hcl.....	22
TRECTOR.....	28
TRELEGY ELLIPTA.....	133
TREMFYA.....	109
TREMFYA ONE-PRESS.....	109
TREMFYA PEN.....	109
TREMFYA-CD/UC INDUCTION.....	109
TRESIBA.....	65
TRESIBA FLEXTOUCH.....	65
tretinoin.....	45,83
tri-estarylla.....	103
tri-linyah.....	103
tri-mili.....	103
tri-sprintec.....	103
tri-vylibra.....	103
triamcinolone acetonide.....	82,85
triamterene-hctz.....	76
triazolam.....	134
triderm.....	85
trientine hcl.....	89
TRIENTINE HCL.....	89
trifluoperazine hcl.....	49
TRIFLURIDINE.....	126
trihexyphenidyl hcl.....	47
TRIKAFTA.....	131
trimethoprim.....	8
trimipramine maleate.....	23
TRINTELLIX.....	22
TRIUMEQ.....	57
TRIUMEQ PD.....	57
trivora (28).....	103

trospium chloride.....	94
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	122
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	123
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	123
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	123
TRULICITY.....	64
TRUMENBA.....	114
TRUQAP.....	43
TUKYSA.....	43
TURALIO.....	43
turqoz.....	103
TWINRIX.....	114
TYBOST.....	58
TYENNE.....	109
TYMLOS.....	117
TYPHIM VI.....	115

U

UDENYCA.....	68
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE.....	123
UNIFINE OTC PEN NEEDLES.....	123
UNIFINE PENTIPS.....	123
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	123
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	123
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....	123
unithroid.....	106
UPTRAVI.....	132
ursodiol.....	91

V

valacyclovir hcl.....	59
VALCHLOR.....	86
valganciclovir hcl.....	54,55
valproate sodium.....	15
valproic acid.....	15
valsartan.....	70
valsartan-hydrochlorothiazide.....	76
VALTOCO 10 MG DOSE.....	16
VALTOCO 15 MG DOSE.....	16
VALTOCO 20 MG DOSE.....	16

VALTOCO 5 MG DOSE.....	16
valtya 1/35.....	103
VALTYA 1/50.....	103
vancomycin hcl.....	8
VANFLYTA.....	43
VAQTA.....	115
varenicline tartrate.....	6
varenicline tartrate (starter).....	6
varenicline tartrate(continue).....	6
VARIVAX.....	115
VAXCHORA.....	115
VELIVET.....	103
VELSIPITY.....	109
VENCLEXTA.....	43
VENCLEXTA STARTING PACK.....	43
venlafaxine hcl.....	22
venlafaxine hcl er.....	22
VEOZAH.....	81
VEPPANU.....	30
verapamil hcl.....	73
VERAPAMIL HCL ER.....	73
verapamil hcl er.....	73
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	123
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	123
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	123
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR.....	124
VERQUVO.....	76
VERSACLOZ.....	54
VERZENIO.....	43
vestura.....	103
vienva.....	103
vigabatrin.....	16
vigadrone.....	16
VIGAFYDE.....	16
vigpoder.....	17
vilazodone hcl.....	22
VIMKUNYA.....	115
viorele.....	103
VIRACEPT.....	59
VIREAD.....	57

VITRAKVI.....	44
VIVOTIF.....	115
VIZIMPRO.....	44
volnea.....	103
VONJO.....	46
VOQUEZNA DUAL PAK.....	91
VOQUEZNA TRIPLE PAK.....	91
VORANIGO.....	44
voriconazole.....	26
VOSEVI.....	55
VOWST.....	124
VRAYLAR.....	53
vyfemla.....	103
vylibra.....	103
VYZULTA.....	127

W

warfarin sodium.....	67
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	124
WEGOVY.....	76
WELIREG.....	32
wera.....	103
WINREVAIR.....	132
wixela inhub.....	134
wymzya fe.....	103
WYOST.....	117

X

XALKORI.....	44
XARELTO.....	67
XARELTO STARTER PACK.....	67
XATMEP.....	112
XCOPRI.....	15,18
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	18
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	18
XDEMVI.....	125
xelria fe.....	103
XERMELO.....	90
XIFAXAN.....	8
XIGDUO XR.....	64

XIIDRA.....	125
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	59
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	59
XOLAIR.....	109,110
XOSPATA.....	44
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	44
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	44
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	44
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	45
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	45
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	45
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	45
XTANDI.....	29
XTRENBO.....	117
xulane.....	103

Y

YESINTEK.....	110
YF-VAX.....	115
yuvaferm.....	104

Z

zafemy.....	104
zafirlukast.....	129
zaleplon.....	134
ZARXIO.....	68
ZEJULA.....	45
ZELBORAF.....	45
zenatane.....	83
ZENBEXUS.....	32
ZENPEP.....	93
zidovudine.....	57
ziprasidone hcl.....	53
ziprasidone mesylate.....	53
ZIRGAN.....	126
zoledronic acid.....	117
ZOLINZA.....	32
zolpidem tartrate.....	134
ZONISADE.....	18
zonisamide.....	18

zovia 1/35 (28).....	104
ZTALMY.....	17
zumandimine.....	104
ZURZUVAE.....	20
ZYDELIG.....	45
ZYKADIA.....	45
ZYMFENTRA (1 PEN).....	112
ZYMFENTRA (2 PEN).....	112
ZYMFENTRA (2 SYRINGE).....	112
ZYPREXA RELPREVV.....	53

이섹션에서는 알파벳으로 이름을 검색하여 약품을 찾을 수 있습니다. 색인은 귀하의 약품에대한 추가 보험적용 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호를 알려줍니다.

ANALGESICS.....	1
ANESTHETICS.....	5
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....	5
ANTIBACTERIALS.....	6
ANTICONVULSANTS.....	13
ANTIDEMENTIA AGENTS.....	18
ANTIDEPRESSANTS.....	19
ANTIEMETICS.....	23
ANTIFUNGALS.....	24
ANTIGOUT AGENTS.....	26
ANTIMIGRAINE AGENTS.....	26
ANTIMYASTHENIC AGENTS.....	27
ANTIMYCOBACTERIALS.....	28
ANTINEOPLASTICS.....	28
ANTIPARASITICS.....	46
ANTIPARKINSON AGENTS.....	47
ANTIPSYCHOTICS.....	49
ANTISPASTICITY AGENTS.....	54
ANTIVIRALS.....	54
ANXIOLYTICS.....	60
BIPOLAR AGENTS.....	61
BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	61
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	66
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	69
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	79
DENTAL AND ORAL AGENTS.....	82
DERMATOLOGICAL AGENTS.....	83
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	87
GASTROINTESTINAL AGENTS.....	90
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT.....	92
GENITOURINARY AGENTS.....	93
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL).....	94
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY).....	96
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS).....	96
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID).....	105
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	106

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....107

IMMUNOLOGICAL AGENTS.....107

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....115

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS.....116

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS.....117

OPHTHALMIC AGENTS.....124

OTIC AGENTS.....127

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS.....128

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS.....134

SLEEP DISORDER AGENTS.....134

Notice of Availability of Language Services and Auxiliary Aids and Services

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call

1-800-452-4413 (TTY:711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-800-452-4413 (TTY:711)**. These services are free.

الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-800-452-4413 (TTY:711)**. تتوفر أيضا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-800-452-4413 (TTY:711)**. هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-800-452-4413 (TTY:711)**: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու

խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-800-452-4413 (TTY:711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-800-452-4413 (TTY: 711)** पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-800-452-4413 (TTY: 711)** पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-452-4413 (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 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-452-4413 (TTY: 711)** へお電話ください。

点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。

1-800-452-4413 (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 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-800-452-4413 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-800-452-4413 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ເທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ

1-800-452-4413 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ
ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ

1-800-452-4413 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx
longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac
daaih lorx taux **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Liouh lorx jauv-louc
tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx
mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx
caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc.
Douc waac daaih lorx **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Naaiv deix
nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc
cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ
1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់
ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។

ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-452-4413 (TTY:711)**។

សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

1-800-452-4413 (TTY: 711) توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های **711** **1-800-452-4413 (TTY: 711)** خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند. **711**

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия **TTY: 711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-800-452-4413** (линия **TTY: 711**). Такие услуги

предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Estos servicios son gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-452-4413 (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 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413 (TTY: 711)** นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-800-452-4413 (TTY: 711)** ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-452-4413 (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 **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

비차별 통지서

차별은 위법입니다. Blue Shield of California 은 주 및 연방 인권법을 준수합니다. Blue Shield of California 은 성, 인종, 피부색, 종교, 조상, 출신 국가, 민족 집단 정체성, 연령, 정신장애, 신체장애, 의학적 상태, 유전자 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향에 따라 사람들을 불법적으로 차별하거나, 제외하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Blue Shield of California 은 다음을 제공합니다.

- » 장애를 가진 사람들이 보다 효과적으로 의사소통할 수 있도록 적시에 다음과 같은 무료 지원 및 서비스:
 - 유자격 수화 통역사
 - 다른 형식으로 작성된 정보(대형 활자 인쇄본, 오디오, 이용 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- » 주 사용 언어가 영어가 아닌 사람들을 위해 적시에 다음과 같은 무료 언어 서비스:
 - 유자격 통역사
 - 다른 언어로 작성된 정보
- » 이러한 서비스가 필요하신 경우, Blue Shield of California 에 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 연락하십시오. 귀하의 지역 내 고객 관리에 전화하십시오.

1-800-452-4413.듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 경우, TTY: 711번으로 전화하십시오. 요청에 의해 이 문서는 점자, 대형 활자 인쇄본, 오디오 카세트, 또는 전자 형식으로 귀하에게 제공될 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 사본을 받고자 하는 경우, 다음으로 전화하거나 서신을 보내십시오.

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

1-800-452-4413 (TTY: 711)

이의제기 방법

Blue Shield of California 이 이러한 서비스를 제공하지 못했거나 다른 방식으로 성, 인종, 피부색, 종교, 조상, 출신 국가, 민족 집단 정체성, 연령, 정신장애, 신체장애, 의학적 상태, 유전자 정보, 결혼 여부, 성 정체성 또는 성적 지향에 따라 불법적으로 차별했다고 생각하시는 경우, 귀하는 Blue Shield of California 의 인권 코디네이터에게 이의제기를 하실 수 있습니다. 귀하는 전화, 서면, 온라인 또는 직접 방문하셔서 이의제기를 하실 수 있습니다

- » 전화: Blue Shield of California 의 인권 코디네이터에게 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 1-800-776-4466 번으로 연락하십시오. 또는 듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 경우 TTY/TDD 711번으로 전화하십시오.
- » 서면: 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하셔서 다음으로 발송하십시오.

Blue Shield of California's Civil Rights Coordinator, Medicare Appeals & Grievance, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91367 or email Appeal&GrievanceResol@blueshieldca.com.

- » 직접 방문: 귀하의 의사 진료소 또는 Blue Shield of California 을 방문하셔서 이의제기를 원한다고 말씀하십시오.
- » 온라인: Blue Shield of California 웹사이트 blueshieldca.com을 방문하십시오.

인권 사무소 (OFFICE OF CIVIL RIGHTS) - 캘리포니아주 보건국(CALIFORNIA DEPARTMENT OF HEALTH CARE SERVICES)

또한 귀하는 전화, 서면 또는 온라인으로 캘리포니아주 보건국 인권 사무소로 인권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- » 전화: 1-916-440-7370번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있으신 경우, 711(통신 중계 서비스)번으로 전화하십시오.
- » 서면: 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하시고 다음의 주소로 발송해주십시오.

Deputy Director, Office of Civil Rights Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009 Sacramento, CA 95899-7413

불만 제기 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx에서 이용하실 수 있습니다.

- » 온라인: CivilRights@dhcs.ca.gov로 이메일을 보내십시오.

인권 사무소 - 미국 보건복지부(U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES)

만약 귀하가 인종, 피부색, 출신 국가, 연령, 장애 또는 성별에 따라 차별받았다고 생각하시는 경우, 귀하는 또한 미국 보건복지부 인권국에 전화, 서면 또는 온라인으로

인권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

» 전화: 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있으신 경우 TTY/TDD 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

» 서면: 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하시고 다음의 주소로 발송해주십시오.

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201

불만 제기 양식은 <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>에서 이용하실 수 있습니다.

» 온라인: 인권 사무소 불만사항 포털 사이트
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>를 방문하십시오.

이 약품 목록은 09/01/2026 에 업데이트되었습니다.

더 최신 정보를 얻고 싶거나 기타 문의 사항이 있으면 제게
(800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오. 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터
오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 또는
blueshieldca.com/medformulary2027 을 방문하십시오.

문의 사항이 있으면 Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan 에 (800) 452-4413(TTY:
711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양
표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는
blueshieldca.com/medformulary2027 에서 확인하십시오.



09/01/2026