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 12

이 *약품 목록*은 10/23/2026 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 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 또는 blueshieldca.com/medformulary2027 을 방문하십시오.

H2819_26_149A_C Approved 08182026

A55568EAE-KO (11/26)

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

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 목록*의 개요 xxvi

C1. 질환별 약품 목록.....xxvii

D. 보장되는 약품의 색인 136

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 목록*을 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 민권법을 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

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 بريل 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

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

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.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

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

ແຈ້ງໄວ້ພາສາລາວ (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

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

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

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**

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

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 8 시부터 오후 8 시 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 C 로 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 전화하여확인하십시오.

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

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 어떤약품을 보장하기 전에 귀하가 특정 약품을 복용해야 한다는 의미입니다.)

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

해당 연도 **초**에 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 목록*에 있는 약품만큼 효과가 있는 더욱 저렴한 약품이 새롭게 출시된 경우 또는
- 약품이 안전하지 않다는 것을 알게된 경우 또는
- 시장에서 약품이 판매 중지된 경우.

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

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

B3. *약품 목록*에 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 목록*에서 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

- 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

- 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.

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 목록*에 대한 규칙 변경 시 사전에 안내해 드릴 수 없는 상황에 대한 자세한 내용은 질문 B3 을 참조하십시오.

B7. *약품 목록*에서 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 목록*에 없으면 어떻게 합니까?

해당 약이 *약품 목록*에 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 목록*의 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.

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?

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 목록*에 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 목록*에 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 목록*에 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 목록*에 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

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.

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 생물의약품이란 무엇이며, 바이오시밀러와는 어떤 관련이 있습니까?

약품을 언급할 때 이는 약품 또는 생물의약품을 의미할 수 있습니다. 생물의약품은 일반 약품보다 더 복잡한 약품입니다. 생물의약품은 일반 약품보다 더 복잡하기 때문에 제네릭 형태 대신 바이오시밀러라고 불리는 형태가 있습니다. 일반적으로 바이오시밀러는 오리지널 생물의약품과 동일하게 효과가 있으며, 비용이 더 저렴할 수 있습니다. 일부 오리지널 생물의약품에는 바이오시밀러 대체제가 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호교환 가능한 바이오시밀러이며, 주 법률에 따라 새로운 처방전 없이 약국에서 오리지널 생물의약품 대신 사용할 수 있습니다. 이는 제네릭 약품이 브랜드명 약품 대신 사용될 수 있는 것과 유사합니다.

약품 유형에 대한 자세한 정보는 *가입자 핸드북*의 **5 장**을 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 약품**을 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 공급량**을 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.

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 인슐린 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 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.	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.
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

		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

		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.	

C. *보장 약품 목록*의 개요

*보장 약품 목록*에서 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 핸드북*의 **9 장**을 읽고 결정에 대해 이의를 제기하는 방법을 알아볼 수도 있습니다.
- 파트 D 약품이 아닌 약품은 이의 제기 규정이 다릅니다.

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 Shield 의 사전 승인이 필요합니다. 보장 결정을 위해 필요한 정보를 제공하려면 Blue Shield 에 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 FDA 에서 정의하며 약품 포장 삽입물에 명시되어 있습니다. 다른 수량 제한은 가능할 경우 복합 복용을 권장합니다.
ST	단계적 치료(Step Therapy)	이 처방약의 보장은 1 차 또는 선호 약품 치료를 시도한 경우(단계적 치료)에 제공됩니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

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

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.

ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	Tier 2	
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)	Tier 2	
diclofenac sodium 1.5 % solution	Tier 3	
diclofenac sodium 3 % gel	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
diclofenac sodium 75 mg tab dr	Tier 1	
diclofenac sodium er 100 mg tab er 24h	Tier 2	
diflunisal 500 mg tab	Tier 3	
ec-naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
etodolac (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	
etodolac (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
etodolac er (400 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h, 600 mg tab er 24h)	Tier 3	
FLURBIPROFEN (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 2	
ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	
ibuprofen (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	
ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 1	
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 1	
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)	Tier 1	
naproxen (375 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
naproxen dr 500 mg tab dr	Tier 2	
naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)	Tier 3	
oxaprozin 600 mg tab	Tier 4	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	Tier 3	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
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)	Tier 4	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME), NDS
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)	Tier 3	PA, QL (10 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg tab	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (450 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 10 mg/ml solution	Tier 4	PA, NDS
methadone hcl 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
methadone hcl 5 mg/5ml solution	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab er	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 30 mg tab er	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS), NDS

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
butorphanol tartrate 10 mg/ml solution	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
codeine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 10-325 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
endocet 7.5-325 mg tab	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 2 mg tab	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 4 mg tab	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
hydromorphone hcl 8 mg tab	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANALGESICS

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

ANESTHETICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
LOCAL ANESTHETICS		
lidocaine 5 % ointment	Tier 4	QL (50 PER 30 DAYS)
lidocaine 5 % patch	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANESTHETICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
lidocaine hcl 4 % solution	Tier 2	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	Tier 2	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lidocan 5 % patch	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		
acamprosate calcium 333 mg tab dr	Tier 4	
disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
OPIOID DEPENDENCE		
buprenorphine hcl (2 mg sl tab, 8 mg sl tab)	Tier 2	
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)	Tier 2	
OPIOID REVERSAL AGENTS		
KLOXXADO 8 MG/0.1ML LIQUID	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
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)	Tier 2	
naltrexone hcl 50 mg tab	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk	Tier 4	QL (53 PER 30 OVER TIME)
varenicline tartrate(continue) 1 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
AMINOGLYCOSIDES		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	Tier 2	
gentamicin sulfate 40 mg/ml solution	Tier 4	
neomycin sulfate 500 mg tab	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS)
clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 900 mg/6ml solution)	Tier 4	
clindamycin phosphate 2 % cream	Tier 2	
clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)	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	
colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln	Tier 4	
daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
fosfomycin tromethamine 3 gm packet	Tier 4	QL (4 PACKETS PER 28 OVER TIME)
lincomycin hcl 300 mg/ml solution	Tier 4	
linezolid 100 mg/5ml recon susp	Tier 5	PA
linezolid 600 mg tab	Tier 4	PA
linezolid 600 mg/300ml solution	Tier 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
methenamine hippurate 1 gm tab	Tier 4	
metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
metronidazole (0.75 % lotion, 1 % gel, 500 mg/100ml solution)	Tier 4	
metronidazole 0.75 % cream	Tier 3	
nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	Tier 2	
tigecycline 50 mg recon soln	Tier 4	
tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
trimethoprim 100 mg tab	Tier 2	
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)	Tier 4	
vancomycin hcl 5 gm recon soln	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	
cefadroxil (1 gm tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)	Tier 3	
cefadroxil 500 mg cap	Tier 2	
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)	Tier 4	
cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)	Tier 3	
cefdinir 300 mg cap	Tier 2	
cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)	Tier 4	
cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)	Tier 4	
cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	Tier 2	
ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)	Tier 5	
CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)	Tier 4	
cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)	Tier 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
BETA-LACTAM, PENICILLINS		
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)	Tier 2	
amoxicillin trihydrate 250 mg/5ml recon susp	Tier 2	
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)	Tier 2	
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB	Tier 3	
amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ampicillin 500 mg cap	Tier 2	
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)	Tier 4	
ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)	Tier 4	
BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR)	Tier 4	
dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 2	
nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	Tier 4	
penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)	Tier 2	
pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	
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)	Tier 4	
CARBAPENEMS		
ertapenem sodium 1 gm recon soln	Tier 3	
imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	
MACROLIDES		
azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
azithromycin 500 mg recon soln	Tier 4	
CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP)	Tier 4	
clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
clarithromycin er 500 mg tab er 24h	Tier 4	
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
e.e.s. 400 400 mg tab	Tier 4	
erythrocin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 4	
erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp	Tier 4	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
fidaxomicin 200 mg tab	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
levofloxacin 25 mg/ml solution	Tier 4	
levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)	Tier 4	
moxifloxacin hcl 400 mg tab	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SULFONAMIDES		
sulfadiazine 500 mg tab	Tier 3	
sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400-80 mg tab, 800-160 mg tab, 800-160 mg/20ml suspension)	Tier 2	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution	Tier 4	
sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension	Tier 2	
TETRACYCLINES		
avidoxy 100 mg tab	Tier 3	
doxy 100 100 mg recon soln	Tier 4	
doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)	Tier 2	
doxycycline hyclate 100 mg recon soln	Tier 4	
doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	
minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
mondoxyne nl 100 mg cap	Tier 2	
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTICONVULSANTS, OTHER		
brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 5	ST, QL (60 PER 30 DAYS)
brivaracetam 10 mg/ml solution	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
divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)	Tier 2	
divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)	Tier 2	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)	Tier 4	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (360 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 1	
lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 2	
levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)	Tier 2	
levetiracetam er 500 mg tab er 24h	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
levetiracetam er 750 mg tab er 24h	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
perampanel 0.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
perampanel 2 mg tab	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
roweepra 500 mg tab	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
subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (1500 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)	Tier 2	
topiramate 25 mg/ml solution	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)	Tier 4	
valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)	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		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	Tier 2	
methsuximide 300 mg cap	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	Tier 4	QL (20 PER 30 DAYS)
diazepam 2.5 mg gel	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
diazepam 20 mg gel	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)	Tier 3	QL (2160 PER 30 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	Tier 2	QL (240 PER 30 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
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)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	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
tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (180 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	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
vigpoder 500 mg packet	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		
carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)	Tier 2	
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)	Tier 3	
DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP)	Tier 4	
epitol 200 mg tab	Tier 2	
eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lacosamide 200 mg/20ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)	Tier 2	
oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension	Tier 4	
phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)	Tier 2	
phenytoin infatabs 50 mg chew tab	Tier 2	
phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rufinamide 200 mg tab	Tier 4	QL (480 PER 30 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	Tier 5	QL (2400 PER 30 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	Tier 4	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	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	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)
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
donepezil hcl 23 mg tab	Tier 4	ST
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	Tier 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	Tier 2	
galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)	Tier 4	
galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	Tier 3	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIDEMENTIA AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)	Tier 3	
memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)	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
bupropion hcl 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)	Tier 2	
mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)	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
MARPLAN 10 MG TAB	Tier 4	
PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 2	
tranylcypromine sulfate 10 mg tab	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)	Tier 3	
desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 1	
fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 DAYS)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	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	
paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)	Tier 4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1200 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
sertraline hcl 20 mg/ml conc	Tier 3	
trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
trazodone hcl 300 mg tab	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
TRICYCLICS		
amitriptyline hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
amoxapine (100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
desipramine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 4	
doxepin hcl (10 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
doxepin hcl 10 mg/ml conc	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	
protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIEMETICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIEMETICS, OTHER		
compro 25 mg suppos	Tier 4	
meclizine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
metoclopramide hcl (10 mg tab, 10 mg/10ml solution, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
metoclopramide hcl 5 mg/ml solution	Tier 4	
perphenazine (16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
prochlorperazine 25 mg suppos	Tier 4	
prochlorperazine maleate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
promethazine hcl (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
scopolamine 1 mg/3days patch 72hr	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
aprepitant (125 mg cap, 80 & 125 mg cap thpk, 80 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 4	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
granisetron hcl 1 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	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
ondansetron hcl 4 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIEMETICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	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
amphotericin b liposome 50 mg recon susp	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	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)
econazole nitrate 1 % cream	Tier 4	
fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 2	
fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)	Tier 4	
flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 5	
griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)	Tier 4	
griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIFUNGALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
itraconazole 100 mg cap	Tier 4	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	Tier 2	
klayesta 100000 unit/gm powder	Tier 4	
micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	Tier 2	
nystatin 100000 unit/gm powder	Tier 4	
nystop 100000 unit/gm powder	Tier 4	
posaconazole 100 mg tab dr	Tier 4	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
terbinafine hcl 250 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)	Tier 3	
terconazole 80 mg suppos	Tier 4	
voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)	Tier 4	PA
voriconazole 200 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

ANTIGOUT AGENTS

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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIGOUT AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
probenecid 500 mg tab	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)
ERGOT ALKALOIDS		
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	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		
naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	QL (18 PER 30 OVER TIME)
sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)	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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIMYASTHENIC AGENTS

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

ANTIMYCOBACTERIALS

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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
lomustine 100 mg cap	Tier 5	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
ANTIANDROGENS		
abiraterone acetate 250 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abiraterone acetate 500 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abirtega 250 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	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	
nilutamide 150 mg tab	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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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		
fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr	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
tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
toremifene citrate 60 mg tab	Tier 4	
VEPPANU (100 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIMETABOLITES		
mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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
hydroxyurea 500 mg cap	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	
leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)	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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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 DAYS), 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		
anastrozole 1 mg tab	Tier 1	
exemestane 25 mg tab	Tier 4	
letrozole 2.5 mg tab	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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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
bosutinib (400 mg tab, 500 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
bosutinib 100 mg tab	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
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	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
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
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl 25 mg tab	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)	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
gefitinib 250 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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
imatinib mesylate 100 mg tab	Tier 3	QL (240 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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
lapatinib ditosylate 250 mg tab	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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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
nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pazopanib hcl 200 mg tab	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
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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
sorafenib tosylate 200 mg tab	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
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	Tier 5	QL (210 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
RETINOIDS		
bexarotene 1 % gel	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
tretinoin 10 mg cap	Tier 5	
TREATMENT ADJUNCTS		
mesna 400 mg tab	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		
albendazole 200 mg tab	Tier 4	
ivermectin 3 mg tab	Tier 2	
praziquantel 600 mg tab	Tier 3	
ANTIPROTOZOALS		
atovaquone 750 mg/5ml suspension	Tier 4	PA
atovaquone-proguanil hcl (250-100 mg tab, 62.5-25 mg tab)	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)
chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	QL (25 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIPARASITICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
IMPAVIDO 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (84 PER 28 DAYS)
mefloquine hcl 250 mg tab	Tier 2	
nitazoxanide 500 mg tab	Tier 5	PA, QL (6 PER 3 OVER TIME)
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
pentamidine isethionate 300 mg recon soln	Tier 3	
primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab	Tier 2	
pyrimethamine 25 mg tab	Tier 5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	Tier 3	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

ANTIPARKINSON AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTICHOLINERGICS		
benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
benztropine mesylate 1 mg/ml solution	Tier 4	
trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIPARKINSON AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 2	
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)	Tier 4	
entacapone 200 mg tab	Tier 4	QL (240 PER 30 DAYS)
DOPAMINE AGONISTS		
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	Tier 4	
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)	Tier 2	
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)	Tier 2	
ropinirole hcl er (2 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h, 6 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 12 mg tab er 24h	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ropinirole hcl er 8 mg tab er 24h	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS		
carbidopa 25 mg tab	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab disp)	Tier 4	
carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 25-100 mg tab, 25-250 mg tab)	Tier 2	
carbidopa-levodopa er (25-100 mg tab er, 50-200 mg tab er)	Tier 2	
MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS		
rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
1ST GENERATION/TYPICAL		
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)	Tier 4	
fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution	Tier 4	
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)	Tier 4	
haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
haloperidol decanoate (100 mg/ml solution, 50 mg/ml solution)	Tier 3	
haloperidol lactate 2 mg/ml conc	Tier 3	
haloperidol lactate 5 mg/ml solution	Tier 2	
loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)	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)
pimozide (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 3	
thioridazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	PA - FOR NEW STARTS ONLY
thiothixene (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
trifluoperazine hcl (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab)	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
aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	Tier 4	QL (750 PER 30 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
aripiprazole 5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)	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 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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
lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lurasidone hcl 80 mg tab	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
olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)	Tier 4	
olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	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
paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab er 24h	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
quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)	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
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)	Tier 4	
risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)	Tier 2	
risperidone 1 mg/ml solution	Tier 3	
risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)	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
WELTRUZA (318 MG SRER, 425 MG SRER, 531 MG SRER)	Tier 5	QL (1 VIAL PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	
ziprasidone mesylate 20 mg recon soln	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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TREATMENT-RESISTANT		
clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)	Tier 4	
clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	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		
baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
baclofen 15 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
baclofen 5 mg tab	Tier 2	QL (480 PER 30 DAYS)
dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)	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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
valganciclovir hcl 450 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	Tier 4	QL (540 PER 30 DAYS)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (630 PER 30 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine 100 mg tab	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	
ribavirin 6 gm recon soln	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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
raltegravir potassium 400 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
raltegravir potassium 600 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
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)
efavirenz 600 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
etravirine 100 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
etravirine 200 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (1200 PER 30 DAYS)
nevirapine er 400 mg tab er 24h	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)
rilpivirine hcl 25 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	Tier 4	QL (900 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)
emtricitabine 200 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)
lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	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)
zidovudine 100 mg cap	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK 75-50 & 4 X 300 MG TAB THPK	Tier 5	QL (68 PER 365 OVER TIME)
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
IDVYNSO 100-0.25 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
maraviroc 150 mg tab	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	Tier 5	QL (120 PER 30 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS)
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)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
darunavir 600 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
darunavir 800 mg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION	Tier 4	QL (390 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	Tier 4	QL (300 PER 30 DAYS)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	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)
PREZCOBIX PED 600-90 MG TAB SOL	Tier 5	QL (30 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)
ritonavir 100 mg tab	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		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	Tier 3	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	Tier 3	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	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		
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 4	
acyclovir sodium 50 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 5	QL (40 PER 30 OVER TIME)
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		
buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
BENZODIAZEPINES		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
alprazolam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)	Tier 3	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (1200 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 1 mg tab disp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
clonazepam 2 mg tab disp	Tier 3	QL (300 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 15 mg tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	Tier 4	QL (720 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ANXIOLYTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	Tier 4	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
diazepam 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
diazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (900 PER 30 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	Tier 2	QL (1800 PER 30 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (600 PER 30 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (300 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	Tier 3	QL (150 PER 30 DAYS)

BIPOLAR AGENTS

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 1	
glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 1	
glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	Tier 1	
glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB)	Tier 1	
glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)	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)
metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)	Tier 1	
metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)	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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)	Tier 1	
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)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	Tier 1	
pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)	Tier 1	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er (100-1000 mg tab er 24h, 50-500 mg tab er 24h)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
sitaglip phos-metformin hcl er 50-1000 mg tab er 24h	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phos-metformin hcl (50-1000 mg tab, 50-500 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
sitagliptin phosphate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	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 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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)
diazoxide 50 mg/ml suspension	Tier 5	
glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)	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 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTICOAGULANTS		
dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)	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)
enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsyr, 150 mg/ml soln prsyr, 300 mg/3ml solution)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)	Tier 4	QL (48 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	Tier 4	QL (24 PER 30 DAYS)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	Tier 4	QL (36 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	Tier 5	QL (24 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	Tier 4	QL (15 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	Tier 5	QL (12 PER 30 DAYS)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)	Tier 1	
rivaroxaban 1 mg/ml recon susp	Tier 3	QL (600 PER 30 DAYS)
rivaroxaban 2.5 mg tab	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
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)	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		
anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)	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
eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
eltrombopag olamine 25 mg packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
eltrombopag olamine 75 mg tab	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		
tranexamic acid 650 mg tab	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h	Tier 4	
cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 3	
prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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)
pacerone (100 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	
pacerone 200 mg tab	Tier 2	
propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 2	
sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
sotalol hcl (af) (120 mg tab, 160 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol hcl (200 mg cap, 400 mg cap)	Tier 2	
atenolol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
bisoprolol fumarate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
carvedilol (12.5 mg tab, 25 mg tab, 3.125 mg tab, 6.25 mg tab)	Tier 1	
labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)	Tier 2	
metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 1	
metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	
nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	
pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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	
propranolol hcl er (120 mg cap er 24h, 160 mg cap er 24h, 60 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)	Tier 2	
timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, DIHYDROPYRIDINES		
amlodipine besylate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 1	
felodipine er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	
isradipine (2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 3	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	Tier 2	
nifedipine er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nifedipine er osmotic release (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h, 90 mg tab er 24h)	Tier 2	
nimodipine 30 mg cap	Tier 4	
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)	Tier 2	
dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)	Tier 2	
diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 2	
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
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)	Tier 2	
diltiazem hcl er beads 420 mg cap er 24h	Tier 2	
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)	Tier 2	
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)	Tier 2	
verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	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	
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)	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 2	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	Tier 4	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
amlodipine besy-benazepril hcl (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	
amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)	Tier 1	
amlodipine-atorvastatin (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	
amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)	Tier 1	
amlodipine-valsartan-hctz (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	
atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 1	
benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)	Tier 2	
candesartan cilexetil-hctz (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)
enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)	Tier 1	
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	Tier 1	
ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)	Tier 1	
metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 2	
metyrosine 250 mg cap	Tier 5	
olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	Tier 1	
olmesartan-amlodipine-hctz (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	
pentoxifylline er 400 mg tab er	Tier 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan (49-51 mg tab, 97-103 mg tab)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
sacubitril-valsartan 24-26 mg tab	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	Tier 2	
telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	Tier 1	
telmisartan-hctz (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 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	Tier 1	
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)	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		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	Tier 4	
FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB)	Tier 1	
furosemide 10 mg/ml solution	Tier 4	
torsemide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
amiloride hcl 5 mg tab	Tier 2	
eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
DIURETICS, THIAZIDE		
chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)	Tier 3	
colestipol hcl 1 gm tab	Tier 2	
ezetimibe 10 mg tab	Tier 2	
ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)	Tier 2	
icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	Tier 4	
niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	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)		
dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)	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	QL (30 PER 30 DAYS)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 2	
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS		
isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)	Tier 1	
isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h	Tier 2	
nitro-bid 2 % ointment	Tier 3	
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)	Tier 2	
nitroglycerin 0.4 % ointment	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
nitroglycerin 2 % ointment	Tier 3	

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg chew tab	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg tab	Tier 2	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 20 mg tab	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	Tier 2	QL (360 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab er	Tier 3	QL (180 PER 30 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab er	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)
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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)
bac (butalbital-acetamin-caff) 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
butalbital-apap-caffeine 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
riluzole 50 mg tab	Tier 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	Tier 4	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	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
duloxetine hcl 20 mg cp dr part	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	Tier 2	QL (90 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 40 mg cp dr part	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
duloxetine hcl 60 mg cp dr part	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	QL (90 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	Tier 3	QL (900 PER 30 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
dalfampridine er 10 mg tab er 12h	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
glatopa 20 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
glatopa 40 mg/ml soln prsyr	Tier 4	PA, QL (12 PER 28 DAYS)
teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)	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		
cevimeline hcl 30 mg cap	Tier 4	
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	Tier 2	
kourzeq 0.1 % paste	Tier 3	
oralone 0.1 % paste	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

DENTAL AND ORAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
periogard 0.12 % solution	Tier 2	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 3	
triamcinolone acetonide 0.1 % paste	Tier 3	

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ACNE AND ROSACEA AGENTS		
accutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel	Tier 4	
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel	Tier 3	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	Tier 3	
tazarotene (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.1 % cream, 0.1 % gel)	Tier 4	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	Tier 4	PA
tretinoin 0.025 % cream	Tier 3	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ala-cort 1 % cream	Tier 2	
alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 3	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	Tier 2	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 2	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)	Tier 3	
betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream	Tier 2	
betamethasone valerate (0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment)	Tier 2	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	Tier 4	
clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)	Tier 4	
clobetasol propionate 0.05 % liquid	Tier 4	QL (250 PER 30 DAYS)
desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	
desoximetasone 0.25 % cream	Tier 4	
EUCRISA 2 % OINTMENT	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 DAYS)
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	Tier 3	
fluocinolone acetonide 0.01 % solution	Tier 4	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	Tier 4	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)	Tier 3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	Tier 3	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	Tier 2	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	QL (200 PER 28 DAYS)
hydrocortisone (1 % cream, 1 % ointment, 2.5 % cream, 2.5 % lotion, 2.5 % ointment)	Tier 2	
hydrocortisone (perianal) (1 % cream, 2.5 % cream)	Tier 2	
hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment	Tier 4	
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)	Tier 2	
procto-med hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctosol hc 2.5 % cream	Tier 2	
proctozone-hc 2.5 % cream	Tier 2	
selenium sulfide 2.5 % lotion	Tier 2	
tacrolimus (0.03 % ointment, 0.1 % ointment)	Tier 4	QL (100 PER 30 DAYS)
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)	Tier 2	
triderm 0.5 % cream	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)	Tier 4	
calcipotriene 0.005 % solution	Tier 3	
calcitrene 0.005 % ointment	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream	Tier 2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion	Tier 4	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
fluorouracil (2 % solution, 5 % solution)	Tier 2	
fluorouracil 5 % cream	Tier 3	
imiquimod 5 % cream	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
isopropyl alcohol 70 % misc	Tier 2	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
medpura alcohol pads 70 % misc	Tier 2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	Tier 5	
nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)	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)
podofilox 0.5 % solution	Tier 2	
qc alcohol 70 % misc	Tier 2	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 DAYS)
silver sulfadiazine 1 % cream	Tier 2	
ssd 1 % cream	Tier 2	
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
malathion 0.5 % lotion	Tier 4	
permethrin 5 % cream	Tier 2	
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
acyclovir 5 % ointment	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
ciclodan 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)	Tier 4	
ciclopirox 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	Tier 2	
clindamycin phos (once-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel	Tier 2	
clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab)	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
erythromycin 2 % gel	Tier 4	
erythromycin 2 % solution	Tier 2	
mupirocin 2 % ointment	Tier 2	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
dextrose 10 % solution	Tier 4	
dextrose 5 % solution	Tier 3	
dextrose in lactated ringers 5 % solution	Tier 4	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)	Tier 4	
dextrose-sodium chloride (5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)	Tier 3	
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)	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
klor-con 10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con 8 meq tab er	Tier 2	
klor-con m10 10 meq tab er	Tier 2	
klor-con m15 15 meq tab er	Tier 2	
klor-con m20 20 meq tab er	Tier 2	
lactated ringers solution	Tier 4	
magnesium sulfate 50 % solution	Tier 4	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	Tier 3	
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)	Tier 4	
potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)	Tier 2	
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)	Tier 2	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	Tier 4	
potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)	Tier 3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
prenatal vitamins	Tier 3	
ringers solution	Tier 4	
sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)	Tier 4	
sodium chloride (pf) 0.9 % solution	Tier 4	
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)	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)	Tier 5	
deferasirox 125 mg tab sol	Tier 3	
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)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
tolvaptan 15 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (240 PER 30 DAYS)
tolvaptan 30 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
trientine hcl 250 mg cap	Tier 5	PA, QL (240 PER 30 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PHOSPHATE BINDERS		
calcium acetate (phos binder) 667 mg cap	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
sevelamer carbonate 800 mg tab	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
POTASSIUM BINDERS		
kionex 15 gm/60ml suspension	Tier 2	
LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET)	Tier 3	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

GASTROINTESTINAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
constulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	
enulose 10 gm/15ml solution	Tier 2	
gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln	Tier 2	
generlac 10 gm/15ml solution	Tier 2	
lactulose (10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	Tier 2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	Tier 2	
LINZESS (145 MCG CAP, 290 MCG CAP, 72 MCG CAP)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

GASTROINTESTINAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	Tier 3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	Tier 2	
ANTI-DIARRHEAL AGENTS		
alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	PA
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab	Tier 2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	Tier 4	
loperamide hcl 2 mg cap	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (90 PER 30 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	Tier 2	PA
dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution	Tier 4	PA
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap	Tier 4	QL (240 PER 365 OVER TIME)
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	Tier 4	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	Tier 2	
OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART	Tier 5	PA
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	Tier 2	
ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ursodiol 300 mg cap	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		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 1	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	
PROTECTANTS		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	Tier 2	
sucralfate 1 gm tab	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
esomeprazole magnesium 20 mg cap dr	Tier 4	
esomeprazole magnesium 40 mg cap dr	Tier 4	QL (60 PER 30 DAYS)
lansoprazole 15 mg cap dr	Tier 2	
lansoprazole 30 mg cap dr	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
omeprazole 10 mg cap dr	Tier 2	
omeprazole 20 mg cap dr	Tier 1	
omeprazole 40 mg cap dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 1	
pantoprazole sodium 40 mg recon soln	Tier 4	
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	Tier 1	QL (60 PER 30 DAYS)
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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
betaine powder	Tier 5	
carglumic acid 200 mg tab sol	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	
ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
l-glutamine 5 gm packet	Tier 5	PA, QL (180 PER 30 DAYS)
levocarnitine 330 mg tab	Tier 2	
NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)	Tier 5	PA
REVCOVI 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	Tier 5	PA
sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)	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	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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)
oxybutynin chloride 5 mg tab	Tier 2	
oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)	Tier 2	
solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 4	ST
tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)	Tier 4	ST
trospium chloride 20 mg tab	Tier 2	
BENIGN PROSTATIC HYPERTROPHY AGENTS		
alfuzosin hcl er 10 mg tab er 24h	Tier 2	
dutasteride 0.5 mg cap	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
finasteride 5 mg tab	Tier 1	
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
tadalafil 2.5 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
tadalafil 5 mg tab	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
FILSPARI 200 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

GENITOURINARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
FILSPARI 400 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
penicillamine 250 mg tab	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	
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)	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	Tier 2	
methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)	Tier 2	
methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)	Tier 4	
methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln	Tier 4	
prednisolone 15 mg/5ml solution	Tier 2	
prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 5 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)	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)

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution	Tier 4	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	Tier 3	
desmopressin acetate 4 mcg/ml solution	Tier 4	
desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution	Tier 4	
desmopressin acetate spray 0.01 % solution	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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANDROGENS		
danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	
testosterone (12.5 mg/act (1%) gel, 25 mg/2.5gm (1%) gel, 50 mg/5gm (1%) gel)	Tier 3	PA, QL (300 PER 30 DAYS)
testosterone (20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel)	Tier 4	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel	Tier 4	PA, QL (37.5 PER 30 DAYS)
testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 3	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
ESTROGENS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB	Tier 3	
ashlyna 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
camrese 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	Tier 3	
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
daysee 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
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)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)	Tier 3	
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
estarylla 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
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)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
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)	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)
estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 1	
estradiol 0.01 % cream	Tier 2	
estradiol 10 mcg tab	Tier 3	
estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)	Tier 4	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)	Tier 4	
ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)	Tier 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 3	
iclevia 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
introvale 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
jaimiess 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
jasmiel 3-0.02 mg tab	Tier 3	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	Tier 4	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	Tier 3	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
levonorgest-eth estrad 91-day (0.1-0.02 & 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)	Tier 3	
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
levonorgest-eth estradiol-iron 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	Tier 3	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
lojaimiess 0.1-0.02 & 0.01 mg tab	Tier 3	
loryna 3-0.02 mg tab	Tier 3	
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
luizza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
luizza 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
lutera 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
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)	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
MENEST (0.3 MG TAB, 0.625 MG TAB, 1.25 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 4	
microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 3	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
mili 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab	Tier 3	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nikki 3-0.02 mg tab	Tier 3	
norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 3	
norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
ocella 3-0.03 mg tab	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
philith 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 3	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	Tier 3	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
simpesse 0.15-0.03 &0.01 mg tab	Tier 4	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
syeda 3-0.03 mg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 3	
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 3	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 3	
valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab	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	
vestura 3-0.02 mg tab	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 3	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 3	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 3	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xelria fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 3	
xulane 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
yuvafem 10 mcg tab	Tier 3	
zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk	Tier 3	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 3	
zumandimine 3-0.03 mg tab	Tier 3	
PROGESTINS		
camila 0.35 mg tab	Tier 3	
deblitane 0.35 mg tab	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
emzahh 0.35 mg tab	Tier 3	
errin 0.35 mg tab	Tier 3	
gallifrey 5 mg tab	Tier 2	
heather 0.35 mg tab	Tier 3	
incassia 0.35 mg tab	Tier 3	
jencycla 0.35 mg tab	Tier 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	
lyleq 0.35 mg tab	Tier 3	
lyza 0.35 mg tab	Tier 3	
medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	Tier 3	
megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
meleya 0.35 mg tab	Tier 3	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	Tier 3	
nora-be 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone 0.35 mg tab	Tier 3	
norethindrone acetate 5 mg tab	Tier 2	
norlyroc 0.35 mg tab	Tier 3	
orquidea 0.35 mg tab	Tier 3	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	Tier 2	
sharobel 0.35 mg tab	Tier 3	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	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)		
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)	Tier 1	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)	Tier 3	
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)	Tier 1	
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)	Tier 3	
liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)	Tier 2	
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	
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)	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)		
cabergoline 0.5 mg tab	Tier 3	
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	Tier 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
mifepristone 300 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsyr, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsyr, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)	Tier 4	PA
OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
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		
methimazole (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
propylthiouracil 50 mg tab	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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
icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsyr	Tier 5	PA, QL (36 PER 60 OVER TIME)
sajazir 30 mg/3ml soln prsyr	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
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)
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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
azathioprine 50 mg tab	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)	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)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
ENVARSUS XR 4 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
everolimus 1 mg tab	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)	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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 4	PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	Tier 2	
mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)	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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)	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
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	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 4	
ENGERIX-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	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
AMINOSALICYLATES		
balsalazide disodium 750 mg cap	Tier 3	
mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)	Tier 4	
mesalamine 1.2 gm tab dr	Tier 4	QL (120 PER 30 DAYS)
mesalamine er 0.375 gm cap er 24h	Tier 3	QL (120 PER 30 DAYS)
sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
budesonide 3 mg cp dr part	Tier 4	QL (90 PER 30 DAYS)
budesonide er 9 mg tab er 24h	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
CORTIFOAM 10 % FOAM	Tier 4	
hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
hydrocortisone 100 mg/60ml enema	Tier 3	

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS		
alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)	Tier 1	
alendronate sodium 70 mg/75ml solution	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)
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	Tier 2	QL (3.7 PER 30 DAYS)
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	Tier 2	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol 4 mcg/2ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ENOBY 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
ibandronate sodium 150 mg tab	Tier 1	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen	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)
zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)	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	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PADS 70 % PAD	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	
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	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
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	
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 12.7MM 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	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
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 (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 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	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
gauze pads 2	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	
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	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
lactated ringers solution	Tier 2	
methergine 0.2 mg tab	Tier 4	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	Tier 4	
novofine 32g x 6 mm misc	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	
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	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
ringers irrigation solution	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
sterile water for irrigation solution	Tier 2	
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 5/8" 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" 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" 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	
SUPER TOUCH PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
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	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
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	
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 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	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
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		
atropine sulfate 1 % solution	Tier 3	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment	Tier 2	
BACITRACIN-POLYMYXIN B 500-10000 UNIT/GM OINTMENT	Tier 2	
brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution	Tier 3	
dorzolamide hcl-timolol mal (2-0.5 % solution, 22.3-6.8 mg/ml solution)	Tier 2	
dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
loteprednol-tobramycin 0.5-0.3 % suspension	Tier 3	
neo-polycin 3.5-400-10000 ointment	Tier 2	
neo-polycin hc 1 % ointment	Tier 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)	Tier 2	
neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5-10000-1 SUSPENSION	Tier 4	
polycin 500-10000 unit/gm ointment	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	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 2	
XDEMVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
azelastine hcl 0.05 % solution	Tier 2	
cromolyn sodium 4 % solution	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
erythromycin 5 mg/gm ointment	Tier 2	
gentamicin sulfate 0.3 % solution	Tier 2	
LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % SOLUTION)	Tier 3	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
moxifloxacin hcl 0.5 % solution	Tier 3	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
ofloxacin 0.3 % solution	Tier 2	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	Tier 2	
SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT	Tier 3	
sulfacetamide sodium 10 % solution	Tier 2	
tobramycin 0.3 % solution	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	
diclofenac sodium 0.1 % solution	Tier 2	
difluprednate 0.05 % emulsion	Tier 4	
fluorometholone 0.1 % suspension	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)
ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)	Tier 2	
prednisolone acetate 1 % suspension	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 3	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
betaxolol hcl 0.5 % solution	Tier 2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	Tier 2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)	Tier 3	
timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)	Tier 1	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
acetazolamide er 500 mg cap er 12h	Tier 2	
apraclonidine hcl 0.5 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.1 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.15 % solution	Tier 4	
brimonidine tartrate 0.2 % solution	Tier 2	
brinzolamide 1 % suspension	Tier 3	
dorzolamide hcl 2 % solution	Tier 2	
methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	
pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)	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		
bimatoprost 0.03 % solution	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost 0.005 % solution	Tier 1	
travoprost (bak free) 0.004 % solution	Tier 2	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

OTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OTIC AGENTS		
acetic acid 2 % solution	Tier 2	
ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 4	
CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 3	
DERMOTIC 0.01 % OIL	Tier 3	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution	Tier 3	
neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)	Tier 2	
ofloxacin 0.3 % solution	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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	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)
ANTIHISTAMINES		
azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)	Tier 2	QL (30 PER 25 DAYS)
cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
cyproheptadine hcl 4 mg tab	Tier 3	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	Tier 1	
promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
montelukast sodium 10 mg tab	Tier 1	QL (30 PER 30 DAYS)
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	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)
ipratropium bromide 0.02 % solution	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ipratropium bromide 0.03 % solution	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide 0.06 % solution	Tier 2	QL (45 PER 30 DAYS)
ipratropium bromide hfa 17 mcg/act aero soln	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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
tiotropium bromide 18 mcg cap	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	Tier 2	QL (13.4 PER 30 DAYS)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
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)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)	Tier 4	
albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)	Tier 2	
albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	Tier 2	QL (36 PER 30 DAYS)
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)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	Tier 3	QL (24 PER 365 OVER TIME)
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)	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 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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)
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	Tier 4	PA, QL (224 PER 28 DAYS)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	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		
cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE		
roflumilast 250 mcg tab	Tier 4	QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	Tier 4	QL (30 PER 30 DAYS)
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)	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)
alyq 20 mg tab	Tier 4	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	PA, LA, QL (30 PER 30 DAYS)
bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
bosentan 32 mg tab sol	Tier 5	PA, LA, QL (120 PER 30 DAYS)
macitentan 10 mg tab	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
riociguat (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 5	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	Tier 3	PA, QL (360 PER 30 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	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		
nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)	Tier 5	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	Tier 3	PA, QL (270 PER 30 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (150 PER 30 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)	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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)
breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	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)
budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)	Tier 3	QL (10.2 PER 30 DAYS)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 4	QL (4 PER 30 DAYS)
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	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)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	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)
ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution	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)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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)
wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)	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		
carisoprodol 350 mg tab	Tier 2	PA, QL (120 PER 30 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	PA
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 3	PA

SLEEP DISORDER AGENTS

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

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션
C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

SLEEP DISORDER AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
zaleplon 10 mg cap	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
zaleplon 5 mg cap	Tier 2	QL (120 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 10 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 30 DAYS)
zolpidem tartrate 5 mg tab	Tier 2	QL (60 PER 30 DAYS)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 DAYS)
modafinil 100 mg tab	Tier 3	PA, QL (90 PER 30 DAYS)
modafinil 200 mg tab	Tier 3	PA, QL (60 PER 30 DAYS)
sodium oxybate 500 mg/ml solution	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

이 표에 있는 기호와 약어에 대한 정보는 섹션 C1에 나와 있는 범례에서 확인할 수 있습니다.

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

A

abacavir sulfate 83
abacavir sulfate-lamivudine 83
ABELCET 52
ABILIFY MAINTENA 76
abiraterone acetate 56
abirtega 56
ABRYSVO 140
acamprosate calcium 33
acarbose 88
accutane 110
acebutolol hcl 98
acetaminophen-codeine 31
acetazolamide 100
acetazolamide er 155
acetic acid 156
acetylcysteine 160
acitretin 110
ACTHIB 140
ACTIMMUNE 137
acyclovir 86,114
acyclovir sodium 86
ADACEL 140
adefovir dipivoxil 82
ADEMPAS 159
ADVAIR HFA 160
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 144
afirmelle 124
AIMOVIG 54
AKEEGA 58
ala-cort 111
albendazole 73
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) 158
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) 158
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) 158
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin) 158
albuterol sulfate 158
albuterol sulfate hfa 158
alclometasone dipropionate 111
ALCOHOL 70% PADS 145
ALCOHOL PADS 145
ALCOHOL PREP 145
ALCOHOL PREP PADS 145
ALCOHOL SWABS 145
ALCOHOL SWABSTICK 145
alcohol wipes 112
ALDURAZYME 120
ALECENSA 60
alendronate sodium 143
alfuzosin hcl er 121
aliskiren fumarate 100
allopurinol 53
alosetron hcl 118
alprazolam 87
altavera 124
ALUNBRIG 60
alyacen 1/35 124
alyacen 7/7/7 124
alyq 159
amantadine hcl 75
ambrisentan 159
amikacin sulfate 34
amiloride hcl 103
amiloride-hydrochlorothiazide 100
amiodarone hcl 97
amitriptyline hcl 50
amlodipine besy-benazepril hcl 101
amlodipine besylate 99
amlodipine besylate-valsartan 101
amlodipine-atorvastatin 101
amlodipine-olmesartan 101
amlodipine-valsartan-hctz 101
ammonium lactate 111
amnesteem 110
amoxapine 50
amoxicillin 37

amoxicillin trihydrate . . . 37
amoxicillin-pot clavulanate . . . 37
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE . . . 37
amoxicillin-pot clavulanate er . . . 37
amphetamine-dextroamphet er . . . 106
amphetamine-dextroamphetamine . . . 106
AMPHOTERICIN B . . . 52
amphotericin b liposome . . . 52
ampicillin . . . 38
ampicillin sodium . . . 38
ampicillin-sulbactam sodium . . . 38
anagrelide hcl . . . 94
anastrozole . . . 59
ANORO ELLIPTA . . . 161
apraclonidine hcl . . . 155
aprepitant . . . 51
apri . . . 124
APTIVUS . . . 85
AQ INSULIN SYRINGE . . . 145
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 145
ARALAST NP . . . 120
ARANELLE . . . 124
ARANESP (ALBUMIN FREE) . . . 94
ARCALYST . . . 135
AREXVY . . . 140
ARGYLE STERILE WATER . . . 145
ARIKAYCE . . . 34
aripiprazole . . . 76,77
armodafinil . . . 163
ARNUITY ELLIPTA . . . 156
asenapine maleate . . . 77
ashlyna . . . 124
ASMANEX (120 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX (14 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX (30 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX (60 METERED DOSES) . . . 156
ASMANEX HFA . . . 156
aspirin-dipyridamole er . . . 95
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES . . . 145
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES . . . 145
atazanavir sulfate . . . 85
atenolol . . . 98
atenolol-chlorthalidone . . . 101
atomoxetine hcl . . . 107
atorvastatin calcium . . . 104
atovaquone . . . 73
atovaquone-proguanil hcl . . . 73
atropine sulfate . . . 152
aubra . . . 124
aubra eq . . . 124
AUGTYRO . . . 58
AUM ALCOHOL PREP PADS . . . 145
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE . . . 145
AUM PEN NEEDLE . . . 145
AURANOFIN . . . 135
aurovela 1.5/30 . . . 124
aurovela 1/20 . . . 124
aurovela fe 1.5/30 . . . 124
aurovela fe 1/20 . . . 124
AUSTEDO . . . 107
AUSTEDO XR . . . 107,108
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION . . . 108
AUTOKEEPER SAFETY PEN NEEDLE . . . 145
AUVELITY . . . 47
AUVELITY TITRATION PACK . . . 47
aviane . . . 125
avidoxy . . . 40
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK . . . 59
ayuna . . . 125
AYVAKIT . . . 60
azathioprine . . . 138
AZATHIOPRINE SODIUM . . . 138
azelastine hcl . . . 153,157
azithromycin . . . 39
aztreonam . . . 34
azurette . . . 125

B

bac (butalbital-acetamin-caff) . . . 108
bacitra-neomycin-polymyxin-hc . . . 152

BACITRACIN 153
BACITRACIN-POLYMYXIN B 152
baclofen 81
balsalazide disodium 143
BALVERSA 60
balziva 125
BAQSIMI ONE PACK 91
BAQSIMI TWO PACK 91
BARACLUDE 82
BCG VACCINE 140
BD INSULIN SYRINGE 145
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC 145
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC 145
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC 146
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC 146
benazepril hcl 97
benazepril-hydrochlorothiazide 101
BENLYSTA 135
BENZNIDAZOLE 73
benzoyl peroxide-erythromycin 110
benztropine mesylate 74
BESIVANCE 39
BESREMI 137
BESREMI PEN 58
betaine 120
betamethasone dipropionate 111
betamethasone dipropionate aug 111
betamethasone valerate 111
BETASERON 109
betaxolol hcl 98,155
bethanechol chloride 121
bexarotene 73
BEXSERO 140
bicalutamide 56
BICILLIN L-A 38
BIKTARVY 82
BILDYOS 143
BILPREVDA 143
bimatoprost 155
bis subcit-metronid-tetracyc 118
bismuth/metronidaz/tetracyclin 118
bisoprolol fumarate 98
bisoprolol-hydrochlorothiazide 101
BIXLENVO 82
BIXLENVO SUNLENCA STARTER PACK . 84
blisovi fe 1.5/30 125
blisovi fe 1/20 125
BOOSTRIX 140
bosentan 159
BOSULIF 60
bosutinib 60,61
BRAFTOVI 61
BREO ELLIPTA 161
breyna 161
BREZTRI AEROSPHERE 161
briellyn 125
brimonidine tartrate 155
brimonidine tartrate-timolol 152
brinzolamide 155
brivaracetam 41
bromocriptine mesylate 75
BRUKINSA 61
budesonide 143,157
budesonide er 143
budesonide-formoterol fumarate 161
bumetanide 103
buprenorphine 30
buprenorphine hcl 33
buprenorphine hcl-naloxone hcl 33
bupropion hcl 47
bupropion hcl er (smoking det) 33
bupropion hcl er (sr) 47
bupropion hcl er (xl) 47
buspirone hcl 87
butalbital-apap-caffeine 108
butalbital-aspirin-caffeine 29

butorphanol tartrate . . . 31
BYSANTI . . . 77
BYSANTI TITRATION PACK A . . . 77
BYSANTI TITRATION PACK B . . . 77
BYSANTI TITRATION PACK C . . . 77

C

CABENUVA . . . 84
cabergoline . . . 133
CABOMETYX . . . 61
calcipotriene . . . 112
calcitonin (salmon) . . . 143
calcitrene . . . 112
calcitriol . . . 143
CALCITRIOL . . . 144
calcium acetate (phos binder) . . . 117
CALQUENCE . . . 61
camila . . . 131
camrese . . . 125
camrese lo . . . 125
candesartan cilexetil . . . 96
candesartan cilexetil-hctz . . . 101
CAPLYTA . . . 77
CAPRELSA . . . 61
captopril . . . 97
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . 101
carbamazepine . . . 44
carbamazepine er . . . 44
carbidopa . . . 75
carbidopa-levodopa . . . 75
carbidopa-levodopa er . . . 75
carbidopa-levodopa-entacapone . . . 75
CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . 146
carglumic acid . . . 120
carisoprodol . . . 162
CARTEOLOL HCL . . . 155
cartia xt . . . 99
carvedilol . . . 98
CAVHANZA . . . 61
CAYSTON . . . 34
CEFACLOR . . . 36
cefadroxil . . . 36
cefazolin sodium . . . 36
cefdinir . . . 36
cefepime hcl . . . 36
cefixime . . . 36
cefoxitin sodium . . . 36
CEFPODOXIME PROXETIL . . . 36
cefprozil . . . 37
ceftaroline fosamil . . . 37
CEFTAZIDIME . . . 37
ceftriaxone sodium . . . 37
cefuroxime axetil . . . 37
cefuroxime sodium . . . 37
celecoxib . . . 29
cephalexin . . . 37
cetirizine hcl . . . 157
cevimeline hcl . . . 109
chateal eq . . . 125
chlorhexidine gluconate . . . 109
chloroquine phosphate . . . 73
chlorpromazine hcl . . . 76
chlorthalidone . . . 103
cholestyramine . . . 104
cholestyramine light . . . 104
ciclodan . . . 114
ciclopirox . . . 114
ciclopirox olamine . . . 114
cilostazol . . . 95
CILOXAN . . . 39
CIMDUO . . . 84
cimetidine . . . 119
cinacalcet hcl . . . 144
ciprofloxacin hcl . . . 39
ciprofloxacin in d5w . . . 39
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 156
citalopram hydrobromide . . . 48
claravis . . . 110
CLARITHROMYCIN . . . 39
clarithromycin . . . 39

clarithromycin er . . . 39
CLEVER CHOICE COMFORT EZ PLUS . . 146
clindamycin hcl . . . 34
clindamycin palmitate hcl . . . 34
clindamycin phos (once-daily) . . . 114
clindamycin phos (twice-daily) . . . 114
clindamycin phos-benzoyl perox . . . 110
clindamycin phosphate . . . 35,114
clindamycin phosphate in d5w . . . 35
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 35
clobazam . . . 43
clobetasol prop emollient base . . . 111
clobetasol propionate . . . 111
clomipramine hcl . . . 50
clonazepam . . . 87
clonidine . . . 96
clonidine hcl . . . 96
clopidogrel bisulfate . . . 95
clorazepate dipotassium . . . 87,88
clotrimazole . . . 52
clotrimazole-betamethasone . . . 113
clozapine . . . 81
COARTEM . . . 74
COBENFY . . . 80
COBENFY STARTER PACK . . . 81
CODEINE SULFATE . . . 31
codeine sulfate . . . 31
colchicine . . . 53
colchicine-probenecid . . . 53
colesevelam hcl . . . 104
colestipol hcl . . . 105
colistimethate sodium (cba) . . . 35
COMBIVENT RESPIMAT . . . 161
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) . . . 61
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) . . . 61
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . . . 61
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE . . . 146
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES . . . 146
compro . . . 51
constulose . . . 117
COPIKTRA . . . 61
CORLANOR . . . 101
CORTIFOAM . . . 143
CORTISONE ACETATE . . . 122
CORTISPORIN-TC . . . 156
COSENTYX . . . 135
COSENTYX (300 MG DOSE) . . . 135
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) . . . 135
COSENTYX SENSOREADY PEN . . . 135
COSENTYX UNOREADY . . . 135
COTELLIC . . . 61
CREON . . . 120
CRESEMBA . . . 52
cromolyn sodium . . . 118,153,159
cryselle . . . 125
cryselle-28 . . . 125
CVS ALCOHOL PREP PADS . . . 146
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE . . . 146
cvs isopropyl alcohol wipes . . . 113
cyclobenzaprine hcl . . . 162
CYCLOPHOSPHAMIDE . . . 55
cyclosporine . . . 138
cyclosporine modified . . . 138
cyproheptadine hcl . . . 157
cyred . . . 125
cyred eq . . . 125

D

dabigatran etexilate mesylate . . . 93
dalfampridine er . . . 109
danazol . . . 124
dantrolene sodium . . . 81
dapaglifloz base-metformin er . . . 88,89
dapagliflozin . . . 105
dapsone . . . 55
DAPTACEL . . . 140
daptomycin . . . 35
darunavir . . . 85
dasatinib . . . 62
dasetta 1/35 . . . 125

dasetta 7/7/7 . . . 125
DAURISMO . . . 62
daysee . . . 125
deblitane . . . 131
deferasirox . . . 116
DELSTRIGO . . . 83
delyla . . . 125
DENGVAXIA . . . 140
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . . . 131
depo-testosterone . . . 124
DERMOTIC . . . 156
DESCOVY . . . 84
desipramine hcl . . . 50
desmopressin ace spray refrig . . . 123
desmopressin acetate . . . 123
desmopressin acetate pf . . . 123
desmopressin acetate spray . . . 123
desogestrel-ethinyl estradiol . . . 125
desonide . . . 111
desoximetasone . . . 111
desvenlafaxine succinate er . . . 48
dexamethasone . . . 122
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 122
dexamethasone sod phosphate pf . . . 122
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 122,154
dexmethylphenidate hcl . . . 107
dextroamphetamine sulfate . . . 107
dextrose . . . 114
dextrose in lactated ringers . . . 114
DEXTROSE-NACL . . . 114
dextrose-sodium chloride . . . 115
DIACOMIT . . . 41
diazepam . . . 43,88
diazepam intensol . . . 88
diazoxide . . . 91
diclofenac potassium . . . 29
diclofenac sodium . . . 29,154
diclofenac sodium er . . . 29
dicloxacillin sodium . . . 38
dicyclomine hcl . . . 118
DIFICID . . . 39
diflunisal . . . 29
difluprednate . . . 154
digox . . . 97
digoxin . . . 97
dihydroergotamine mesylate . . . 54
DILANTIN . . . 44
dilt-xr . . . 99
diltiazem hcl . . . 99
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule . . . 99
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule . . . 99
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule . . . 99
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule . . . 100
diltiazem hcl er . . . 100
diltiazem hcl er beads . . . 100
dimethyl fumarate . . . 109
dimethyl fumarate starter pack . . . 109
diphenoxylate-atropine . . . 118
DIPHENOXYLATE-ATROPINE . . . 118
dipyridamole . . . 95
disulfiram . . . 33
divalproex sodium . . . 41
divalproex sodium er . . . 41
dofetilide . . . 97
donepezil hcl . . . 46
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg . . . 46
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg . . . 46
dorzolamide hcl . . . 155
dorzolamide hcl-timolol mal . . . 152
dorzolamide hcl-timolol mal pf . . . 152
dotti . . . 125

DOVATO . . . 82
doxazosin mesylate . . . 96
doxepin hcl . . . 50
doxercalciferol . . . 144
doxy 100 . . . 40
doxycycline hyclate . . . 40
doxycycline monohydrate . . . 40
DRIZALMA SPRINKLE . . . 108
dronabinol . . . 51
DROPLET INSULIN SYRINGE . . . 146
DROPLET MICRON . . . 146
DROPLET PEN NEEDLES . . . 146
DROPSAFE AUTOPROTECT DUO . . . 147
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 147
drospirenone-ethinyl estradiol . . . 125
DROXIA . . . 120
droxidopa . . . 96
duloxetine hcl . . . 108
DUPIXENT . . . 136
dutasteride . . . 121
dutasteride-tamsulosin hcl . . . 121

E

e.e.s. 400 . . . 39
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 147
EASY COMFORT PEN NEEDLES . . . 147
EASY TOUCH INSULIN BARRELS . . . 147
ec-naproxen . . . 29
econazole nitrate . . . 52
EDURANT PED . . . 83
efavirenz . . . 83
efavirenz-emtricitab-tenofo df . . . 83
efavirenz-lamivudine-tenofovir . . . 83
ELAPRASE . . . 120
elinest . . . 125
ELIQUIS . . . 93
ELIQUIS (1.5 MG PACK) . . . 93
ELIQUIS (2 MG PACK) . . . 93
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK . . . 93
eltrombopag olamine . . . 94,95
eluryng . . . 125
EMBECTA AUTOSHIELD DUO . . . 147
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT . . . 147
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 . . . 147
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE NANO . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE U/F . . . 148
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE . . . 148
EMBRACE PEN NEEDLES . . . 148
EMGALITY . . . 54
EMGALITY (300 MG DOSE) . . . 54
EMSAM . . . 48
emtricitab-rilpivir-tenofov df . . . 83
emtricitabine . . . 84
emtricitabine-tenofovir df . . . 84
EMTRIVA . . . 84
emzahh . . . 131
enalapril maleate . . . 97
enalapril-hydrochlorothiazide . . . 101
ENBREL . . . 138
ENBREL MINI . . . 138
ENBREL SURECLICK . . . 138
endocet . . . 31
ENGERIX-B . . . 140
enilloring . . . 125
ENOBY . . . 144
enoxaparin sodium . . . 93
enpresse-28 . . . 126
ENSACOVE . . . 59
enskyce . . . 126
entacapone . . . 75
entecavir . . . 82
ENTYVIO PEN . . . 136
enulose . . . 117
ENVARSUS XR . . . 138
EPIDIOLEX . . . 41

epinephrine . . . 158
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) . . . 158
epitol . . . 44
eplerenone . . . 103
ERGOLOID MESYLATES . . . 46
ERGOTAMINE-CAFFEINE . . . 54
ERIVEDGE . . . 62
ERLEADA . . . 56
erlotinib hcl . . . 62
errin . . . 131
ertapenem sodium . . . 38
ERY . . . 114
erythrocin lactobionate . . . 39
erythromycin . . . 114,154
erythromycin base . . . 39
erythromycin ethylsuccinate . . . 39
erythromycin lactobionate . . . 39
ERZOFRI . . . 77,78
escitalopram oxalate . . . 48
eslicarbazepine acetate . . . 44,45
esomeprazole magnesium . . . 119
estarylla . . . 126
estradiol . . . 126
estradiol valerate . . . 126
ESTRING . . . 126
estrogens conjugated . . . 126
eszopiclone . . . 162
ethambutol hcl . . . 55
ethosuximide . . . 42
ethynodiol diac-eth estradiol . . . 126
etodolac . . . 29
etodolac er . . . 29
etonogestrel-ethinyl estradiol . . . 126
etravirine . . . 83
EUCRISA . . . 111
EULEXIN . . . 56
euthyrox . . . 132
everolimus . . . 62,138
EVOTAZ . . . 85
exemestane . . . 59
EXXUA . . . 47
EXXUA TITRATION PACK . . . 47
ezetimibe . . . 105
ezetimibe-simvastatin . . . 105

F

falmina . . . 126
famciclovir . . . 86
famotidine . . . 119
FANAPT . . . 78
FANAPT TITRATION PACK A . . . 78
FANAPT TITRATION PACK B . . . 78
FANAPT TITRATION PACK C . . . 78
FARXIGA . . . 105
febuxostat . . . 53
feirza 1.5/30 . . . 126
feirza 1/20 . . . 126
felbamate . . . 41
felodipine er . . . 99
fenofibrate . . . 104
fenofibrate micronized . . . 104
fenofibric acid . . . 104
fentanyl . . . 30
FETZIMA . . . 49
FETZIMA TITRATION . . . 49
fidaxomicin . . . 39
FILSPARI . . . 121,122
finasteride . . . 121
fingolimod hcl . . . 109
FINTEPLA . . . 41
flecainide acetate . . . 97
fluconazole . . . 52
fluconazole in sodium chloride . . . 52
flucytosine . . . 52
fludrocortisone acetate . . . 122
flunisolide . . . 161
fluocinolone acetonide . . . 111
fluocinolone acetonide body . . . 111
fluocinolone acetonide scalp . . . 111

fluocinonide . . . 112
fluocinonide emulsified base . . . 112
fluorometholone . . . 154
fluorouracil . . . 113
fluoxetine hcl . . . 49
FLUOXETINE HCL . . . 49
fluphenazine decanoate . . . 76
fluphenazine hcl . . . 76
FLURBIPROFEN . . . 29
FLURBIPROFEN SODIUM . . . 154
FLUTICASONE FUROATE-VILANTEROL 161
fluticasone propionate . . . 112,161
fluticasone-salmeterol . . . 161
FLUTICASONE-SALMETEROL . . . 161
fluvastatin sodium . . . 104
fluvastatin sodium er . . . 104
fluvoxamine maleate . . . 49
FML FORTE . . . 154
fondaparinux sodium . . . 93
fosamprenavir calcium . . . 85
fosfomycin tromethamine . . . 35
fosinopril sodium . . . 97
fosinopril sodium-hctz . . . 101
FOTIVDA . . . 62
FRUZAQLA . . . 58
FULPHILA . . . 95
fulvestrant . . . 57
FUROSEMIDE . . . 103
furosemide . . . 103
fyavolv . . . 126

G

gabapentin . . . 43
galantamine hydrobromide . . . 46
galantamine hydrobromide er . . . 46
gallifrey . . . 131
GAMUNEX-C . . . 135
GARDASIL 9 . . . 140
gauze pads 2 . . . 148
GAVILYTE-C . . . 118
gavilyte-g . . . 118
gavilyte-n with flavor pack . . . 117
GAVRETO . . . 62
gefitinib . . . 62
gemfibrozil . . . 104
GEMTESA . . . 121
generlac . . . 117
gengraf . . . 138
gentamicin sulfate . . . 34,154
GENVOYA . . . 82
GILOTRIF . . . 63
glatiramer acetate . . . 109
glatopa . . . 109
glimepiride . . . 89
glipizide . . . 89
glipizide er . . . 89
glipizide xl . . . 89
glipizide-metformin hcl . . . 89
glucagon emergency . . . 91
glyburide . . . 89
GLYBURIDE MICRONIZED . . . 89
glyburide-metformin . . . 89
glycopyrrolate . . . 118
GLYXAMBI . . . 89
GNP PEN NEEDLES . . . 148
GOMEKLI . . . 63
GOODSENSE ALCOHOL SWABS . . . 148
granisetron hcl . . . 51
griseofulvin microsize . . . 52
griseofulvin ultramicrosize . . . 52
guanfacine hcl . . . 96
guanfacine hcl er . . . 107

H

HADLIMA . . . 138
HADLIMA PUSHTOUCH . . . 138,139
HAEGARDA . . . 135
hailey 1.5/30 . . . 126
hailey fe 1.5/30 . . . 126
hailey fe 1/20 . . . 127

halobetasol propionate . . . 112
haloette . . . 127
haloperidol . . . 76
haloperidol decanoate . . . 76
haloperidol lactate . . . 76
HAVRIX . . . 140,141
heather . . . 131
heparin sodium (porcine) . . . 93
heparin sodium (porcine) pf . . . 93
HEPLISAV-B . . . 141
HERNEXEOS . . . 63
HIBERIX . . . 141
HIZENTRA . . . 135
HUMALOG . . . 91
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN . . . 91
HUMALOG KWIKPEN . . . 91
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN . . . 91
HUMALOG MIX 75/25 . . . 91
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN . . . 91
HUMULIN 70/30 . . . 91
HUMULIN 70/30 KWIKPEN . . . 91
HUMULIN N . . . 91
HUMULIN N KWIKPEN . . . 91
HUMULIN R . . . 92
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) . . . 92
HUMULIN R U-500 KWIKPEN . . . 92
hydralazine hcl . . . 105
hydrochlorothiazide . . . 103
hydrocodone-acetaminophen . . . 31
hydrocortisone . . . 112,143
hydrocortisone (perianal) . . . 112
hydrocortisone butyrate . . . 112
hydrocortisone-acetic acid . . . 156
hydromorphone hcl . . . 31
hydroxychloroquine sulfate . . . 74
hydroxyurea . . . 58
hydroxyzine hcl . . . 157
hydroxyzine pamoate . . . 157
HYRNUO . . . 63

I

ibandronate sodium . . . 144
IBRANCE . . . 63
IBTROZI . . . 63
ibu . . . 29
ibuprofen . . . 29
icatibant acetate . . . 135
iclevia . . . 127
ICLUSIG . . . 63
icosapent ethyl . . . 105
IDHIFA . . . 63
IDVYNSO . . . 85
ILEVRO . . . 154
imatinib mesylate . . . 63
IMBRUVICA . . . 63,64
imipenem-cilastatin . . . 38
imipramine hcl . . . 50
imiquimod . . . 113
IMKELDI . . . 64
IMOVAX RABIES . . . 141
IMPAVIDO . . . 74
incassia . . . 131
INCRELEX . . . 123
INCRUSE ELLIPTA . . . 157
indapamide . . . 104
indomethacin . . . 29
INFANRIX . . . 141
INLURIYO . . . 57
INLYTA . . . 64
INQOVI . . . 58
INREBIC . . . 64
INSULIN LISPRO . . . 92
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) . . . 92
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN . . . 92
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO . . . 92
INSULIN PEN NEEDLES . . . 148
INSULIN PEN NEEDLES . . . 148
INSULIN SYRINGE 0.3 ML . . . 148
INSULIN SYRINGE 0.5 ML . . . 148

INSULIN SYRINGE 1 ML....148
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100....149
INSUPEN PEN NEEDLES....149
INSUPEN32G EXTR3ME....149
INTELENCE....83
INTRALIPID....149
introvale....127
INVEGA HAFYERA....78
INVEGA SUSTENNA....78
INVEGA TRINZA....78,79
IPOL....141
ipratropium bromide....157
ipratropium bromide hfa....157
ipratropium-albuterol....161
irbesartan....96
irbesartan-hydrochlorothiazide....102
ISENTRESS....82
ISENTRESS HD....82
isibloom....127
isoniazid....55
isopropyl alcohol....113
isopropyl alcohol wipes....113
isosorbide dinitrate....106
isosorbide mononitrate....106
isosorbide mononitrate er....106
isotretinoin....110
isradipine....99
ITOVEBI....64
itraconazole....53
ivabradine hcl....102
ivermectin....73
IWILFIN....58
IXIARO....141

J

jaimiess....127
JAKAFI....64
JAKAFI XR....64
jantoven....94
JARDIANCE....105
jasmiel....127
JAYPIRCA....64
jencycla....131
JENTADUETO....89
JENTADUETO XR....89
JIDEYTRO....64,65
jinteli....127
jolessa....127
joyeaux....127
JUBBONTI....144
juleber....127
JULUCA....82
junel 1.5/30....127
junel 1/20....127
junel fe 1.5/30....127
junel fe 1/20....127
JYNNEOS....141

K

KALETRA....85
kalliga....127
KALYDECO....158
kariva....127
kcl in dextrose-nacl....115
KCL-LACTATED RINGERS-D5W....115
kelnor 1/35....127
kelnor 1/50....127
KERENDIA....89
ketoconazole....53
ketorolac tromethamine....154
KINERET....136
KINRIX....141
kionex....117
KISQALI (200 MG DOSE)....65
KISQALI (400 MG DOSE)....65
KISQALI (600 MG DOSE)....65
klayesta....53
klor-con....115
klor-con 10....115
klor-con m10....115

klor-con m15 115
klor-con m20 115
KLOXXADO 33
KOMZIFTI 65
KOSELUGO 65
kourzeq 109
KRAZATI 65
kurvelo 127

L

l-glutamine 120
labetalol hcl 98
lacosamide 45
lactated ringers 115,149
lactulose 117
lactulose encephalopathy 117
LAGEVRIO 87
lamivudine 82,84
lamivudine-zidovudine 84
lamotrigine 41
lansoprazole 119
LANTUS 92
LANTUS SOLOSTAR 92
lapatinib ditosylate 65
larin 1.5/30 127
larin 1/20 127
larin fe 1.5/30 127
larin fe 1/20 127
latanoprost 155
LAZCLUZE 59
LEDERLE LEUCOVORIN 58
leena 127
leflunomide 139
lenalidomide 57
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 65
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 65
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 65
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 66
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 66
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 66
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 66
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 66
LEQEMBI IQLIK 46
LEQEMBI IQLIK (500 MG DOSE) 46
lessina 127
letrozole 59
leucovorin calcium 58
LEUKERAN 56
LEUKINE 95
leuprolide acetate 133
levalbuterol hcl 158
LEVALBUTEROL TARTRATE 158
levetiracetam 41
levetiracetam er 41
levo-t 133
LEVOBUNOLOL HCL 155
levocarnitine 120
levocetirizine dihydrochloride 157
levofloxacin 40
LEVOFLOXACIN 154
levofloxacin in d5w 40
levonest 127
levonorg-eth estrad triphasic 127
levonorgest-eth estrad 91-day 128
levonorgest-eth estradiol-iron 128
levonorgestrel-ethinyl estrad 128
levora 0.15/30 (28) 128
levothyroxine sodium 133
levoxyl 133
lidocaine 32
lidocaine hcl 33
lidocaine viscous hcl 33
lidocaine-prilocaine 33
lidocan 33
LIFYORLI (125 MG DOSE) 66
LIFYORLI (150 MG DOSE) 66
LILETTA (52 MG) 131
lincomycin hcl 35
linezolid 35
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 35

LINZESS 117
liothyronine sodium 133
lisinopril 97
lisinopril-hydrochlorothiazide 102
lithium 88
lithium carbonate 88
lithium carbonate er 88
LIVTENCITY 81
lo-zumandimine 128
loestrin 1.5/30 (21) 128
loestrin 1/20 (21) 128
loestrin fe 1.5/30 128
loestrin fe 1/20 128
lojaimiess 128
LOKELMA 117
lomustine 56
LONSURF 58
loperamide hcl 118
lopinavir-ritonavir 85
lorazepam 88
lorazepam intensol 88
LORBRENA 66
loryna 128
losartan potassium 96
losartan potassium-hctz 102
loteprednol-tobramycin 153
lovastatin 104
low-ogestrel 128
loxapine succinate 76
lubiprostone 117
luizza 1.5/30 128
luizza 1/20 128
LUMAKRAS 66
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 133
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 134
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 134
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 134
lurasidone hcl 79
lutera 128
LYBALVI 47
lyleq 131
lyllana 128
LYNPARZA 66
LYSODREN 59
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 66
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 67
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 67
lyza 131

M

M-M-R II 141
macitentan 159
magnesium sulfate 115
malathion 114
maraviroc 85
marlissa 128
MARPLAN 48
MATULANE 56
matzim la 100
MAVYRET 82
meclizine hcl 51
medpura alcohol pads 113
medroxyprogesterone acetate 131,132
mefloquine hcl 74
megestrol acetate 132
MEKINIST 67
MEKTOVI 67
meleya 132
meloxicam 29
memantine hcl 46,47
memantine hcl er 47
MENEST 128
MENQUADFI 141
MENVEO 141
mercaptopurine 57
meropenem 38
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 39
mesalamine 143
mesalamine er 143
mesna 73

metformin hcl . . . 89
metformin hcl er . . . 89
methadone hcl . . . 30
methazolamide . . . 155
methenamine hippurate . . . 35
methergine . . . 149
methimazole . . . 134
methocarbamol . . . 162
METHOTREXATE SODIUM . . . 139
methotrexate sodium . . . 139
methotrexate sodium (pf) . . . 139
METHOXSALEN RAPID . . . 113
methscopolamine bromide . . . 118
methsuximide . . . 42
METHYLDOPA . . . 96
methylergonovine maleate . . . 149
methylphenidate hcl . . . 107
methylphenidate hcl er . . . 107
methylprednisolone . . . 122
methylprednisolone acetate . . . 122
methylprednisolone sodium succ . . . 122
metoclopramide hcl . . . 51
metolazone . . . 104
metoprolol succinate er . . . 98
metoprolol tartrate . . . 98
metoprolol-hydrochlorothiazide . . . 102
metronidazole . . . 35
metyrosine . . . 102
mexiletine hcl . . . 97
micafungin sodium . . . 53
MICONAZOLE 3 . . . 53
microgestin 1.5/30 . . . 128
microgestin 1/20 . . . 128
microgestin fe 1.5/30 . . . 129
microgestin fe 1/20 . . . 129
midodrine hcl . . . 96
mifepristone . . . 134
mili . . . 129
minocycline hcl . . . 40
minoxidil . . . 106
minzoya . . . 129
mirtazapine . . . 48
misoprostol . . . 119
modafinil . . . 163
MODEYSO . . . 59
moexipril hcl . . . 97
MOLINDONE HCL . . . 76
mometasone furoate . . . 112
mondoxyne nl . . . 40
mono-linyah . . . 129
montelukast sodium . . . 157
morphine sulfate . . . 31,32
morphine sulfate (concentrate) . . . 32
morphine sulfate er . . . 30
MOUNJARO . . . 89
MOVANTIK . . . 117
moxifloxacin hcl . . . 40,154
MOXIFLOXACIN HCL . . . 40
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) . . . 154
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL . . . 40
MRESVIA . . . 141
MULTAQ . . . 98
mupirocin . . . 114
mycophenolate mofetil . . . 139
mycophenolate mofetil hcl . . . 139
mycophenolate sodium . . . 139
mycophenolic acid . . . 139
MYRBETRIQ . . . 121

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 118
nabumetone . . . 29
nadolol . . . 98
nafcillin sodium . . . 38
NAGLAZYME . . . 120
naloxone hcl . . . 33
naltrexone hcl . . . 33
naproxen . . . 30
naproxen dr . . . 30
naproxen sodium . . . 30

naratriptan hcl 54
NATACYN 154
nateglinide 90
NAYZILAM 33
nebivolol hcl 98
necon 0.5/35 (28) 129
NEFAZODONE HCL 49
neo-polycin 153
neo-polycin hc 153
neomycin sulfate 34
neomycin-bacitracin zn-polymyx 153
neomycin-polymyxin-dexameth 153
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 153
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 153
neomycin-polymyxin-hc 156
NERLYNX 67
nevirapine 83
NEVIRAPINE 83
nevirapine er 83
NEXPLANON 132
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 105
niacin er (antihyperlipidemic) 105
NIACOR 105
nicardipine hcl 99
NICOTROL NS 34
nifedipine er 99
nifedipine er osmotic release 99
nikki 129
nilotinib hcl 67
nilutamide 56
nimodipine 99
NINLARO 67
nintedanib esylate 160
nitazoxanide 74
nitisinone 120
nitro-bid 106
nitrofurantoin macrocrystal 35
nitrofurantoin monohyd macro 35
nitroglycerin 106
NIVESTYM 95
NIZATIDINE 119
nora-be 132
norelgestromin-eth estradiol 129
norethin ace-eth estrad-fe 129
norethin-eth estradiol-fe 129
norethindrone 132
norethindrone acet-ethinyl est 129
norethindrone acetate 132
norethindrone-eth estradiol 129
norgestim-eth estrad triphasic 129
norgestimate-eth estradiol 129
norlyroc 132
nortrel 0.5/35 (28) 129
nortrel 1/35 (21) 129
nortrel 1/35 (28) 129
nortrel 7/7/7 129
nortriptyline hcl 50
NORVIR 85
NovoFine 32G X 6 MM MISC 149
NOVOLIN R FLEXPEN 92
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 92
NUBEQA 56
NUCALA 161
NUPLAZID 79
NURTEC 54
NUTRILIPID 149
nyamyc 53
nylia 1/35 129
nylia 7/7/7 129
nystatin 53
nystatin-triamcinolone 113
nystop 53

O

ocella 129
octreotide acetate 134
OCTREOTIDE ACETATE 134
ODEFSEY 83
ODOMZO 67
OFEV 160

ofloxacin . . . 154,156
OGSIVEO . . . 67
OJEMDA . . . 67,68
OJJAARA . . . 59
olanzapine . . . 79
olmesartan medoxomil . . . 96
olmesartan medoxomil-hctz . . . 102
olmesartan-amlodipine-hctz . . . 102
omega-3-acid ethyl esters . . . 105
omeprazole . . . 119
OMNITROPE . . . 118,123
ondansetron . . . 51
ONDANSETRON HCL . . . 51
ondansetron hcl . . . 51,52
ONUREG . . . 57
OPIPZA . . . 79
OPVEE . . . 149
oralone . . . 109
ORGOVYX . . . 134
orquidea . . . 132
ORSERDU . . . 56
oseltamivir phosphate . . . 86
OSPHENA . . . 132
OTEZLA . . . 113,136
OTEZLA XR . . . 113
OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK . . . 136
oxaprozin . . . 30
oxcarbazepine . . . 45
oxybutynin chloride . . . 121
oxybutynin chloride er . . . 121
oxycodone hcl . . . 32
oxycodone-acetaminophen . . . 32
OZEMPIC . . . 90
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) . . . 90
OZEMPIC (1 MG/DOSE) . . . 90
OZEMPIC (2 MG/DOSE) . . . 90

P

pacerone . . . 98
paliperidone er . . . 79
PANRETIN . . . 73
pantoprazole sodium . . . 119
paricalcitol . . . 144
paroxetine hcl . . . 49
PAROXETINE HCL . . . 49
paroxetine hcl er . . . 49
PAXLOVID (150/100) . . . 87
PAXLOVID (300/100 & 150/100) . . . 87
PAXLOVID (300/100) . . . 87
pazopanib hcl . . . 68
PAZOPANIB HCL . . . 68
PEDIARIX . . . 141
PEDVAXHIB . . . 141
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl . . . 118
peg-3350/electrolytes . . . 118
PEGASYS . . . 137,138
PEMAZYRE . . . 68
PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP . . . 149
PEN NEEDLES . . . 149
PENBRAYA . . . 149
penicillamine . . . 122
penicillin g potassium . . . 38
PENICILLIN G SODIUM . . . 38
penicillin v potassium . . . 38
PENMENVY . . . 141
PENTACEL . . . 141
pentamidine isethionate . . . 74
pentoxifylline er . . . 102
perampanel . . . 41,42
PERINDOPRIL ERBUMINE . . . 97
periogard . . . 110
permethrin . . . 114
perphenazine . . . 51
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE . . . 48
PERSERIS . . . 79
pfizerpen . . . 38
PHENELZINE SULFATE . . . 48
phenobarbital . . . 43
phenytek . . . 45
phenytoin . . . 45

phenytoin infatabs . . . 45
phenytoin sodium extended . . . 45
philith . . . 130
PIFELTRO . . . 83
pilocarpine hcl . . . 110,155
pimozide . . . 76
pimtrea . . . 130
pindolol . . . 98
pioglitazone hcl . . . 90
pioglitazone hcl-glimepiride . . . 90
pioglitazone hcl-metformin hcl . . . 90
piperacillin sod-tazobactam so . . . 38
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) . . . 68
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) . . . 68
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) . . . 68
pirfenidone . . . 160
PIRFENIDONE . . . 160
piroxicam . . . 30
PNV 27-CA/FE/FA . . . 115
podofilox . . . 113
polycin . . . 153
polymyxin b-trimethoprim . . . 154
pomalidomide . . . 57
POMALYST . . . 57
portia-28 . . . 130
posaconazole . . . 53
potassium chloride . . . 115
potassium chloride crys er . . . 115
potassium chloride er . . . 115
potassium chloride in dextrose . . . 115
potassium chloride in nacl . . . 115
potassium citrate er . . . 116
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% . . . 116
pramipexole dihydrochloride . . . 75
prasugrel hcl . . . 95
pravastatin sodium . . . 104
praziquantel . . . 73
prazosin hcl . . . 96
prednisolone . . . 122
prednisolone acetate . . . 154
prednisolone sodium phosphate . . . 122
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . . . 154
prednisone . . . 123
PREDNISONE . . . 123
PREDNISONE INTENSOL . . . 123
pregabalin . . . 108,109
PREMARIN . . . 130
PREMASOL . . . 116
PREMIUM LIDOCAINE . . . 33
prenatal vitamins . . . 116
PRETOMANID . . . 55
prevalite . . . 105
PREVYMIS . . . 81
PREZCOBIX . . . 85
PREZCOBIX PED . . . 85
PREZISTA . . . 86
primaquine phosphate . . . 74
primidone . . . 43
PRIORIX . . . 141
PRO COMFORT ALCOHOL . . . 149
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 149
probenecid . . . 54
prochlorperazine . . . 51
prochlorperazine maleate . . . 51
procto-med hc . . . 112
proctosol hc . . . 112
proctozone-hc . . . 112
progesterone . . . 132
PROGRAF . . . 139
promethazine hcl . . . 51,157
propafenone hcl . . . 98
propranolol hcl . . . 98
PROPRANOLOL HCL . . . 99
propranolol hcl er . . . 99
propylthiouracil . . . 134
PROQUAD . . . 141
protriptyline hcl . . . 50
PULMOZYME . . . 159
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . . . 149

pyrazinamide . . . 55
pyridostigmine bromide . . . 55
pyridostigmine bromide er . . . 55
pyrimethamine . . . 74

Q

qc alcohol . . . 113
QINLOCK . . . 59
QUADRACEL . . . 141
quetiapine fumarate . . . 79
quetiapine fumarate er . . . 80
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE . . . 150
quinapril hcl . . . 97
quinapril-hydrochlorothiazide . . . 102
QUINIDINE SULFATE . . . 98
quinine sulfate . . . 74
QVAR REDIHALER . . . 157

R

ra isopropyl alcohol wipes . . . 113
RABAVERT . . . 141
rabeprazole sodium . . . 119
RALDESY . . . 49
raloxifene hcl . . . 132
raltegravir potassium . . . 83
ramelteon . . . 162
ramipril . . . 97
ranolazine er . . . 102
rasagiline mesylate . . . 75
reclipsen . . . 130
RECOMBIVAX HB . . . 141
RELENZA DISKHALER . . . 86
repaglinide . . . 90
REPATHA . . . 105
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM . . . 105
REPATHA SURECLICK . . . 105
RESTASIS . . . 153
RETACRIT . . . 95
RETEVMO . . . 68
REVCOVI . . . 120
REVUFORJ . . . 68
REXULTI . . . 80
REYATAZ . . . 86
REZDIFFRA . . . 133
REZLIDHIA . . . 68
RHOPRESSA . . . 155
RIBAVIRIN . . . 82
ribavirin . . . 82
RIDAURA . . . 136
rifabutin . . . 55
rifampin . . . 55
rifapentine . . . 55
rilpivirine hcl . . . 83
riluzole . . . 108
RIMANTADINE HCL . . . 86
ringers . . . 116
ringers irrigation . . . 150
RINVOQ . . . 136
RINVOQ LQ . . . 136
riociguat . . . 160
risedronate sodium . . . 144
risperidone . . . 80
risperidone microspheres er . . . 80
ritonavir . . . 86
rivaroxaban . . . 94
rivastigmine . . . 46
rivastigmine tartrate . . . 46
rizatriptan benzoate . . . 54
ROCKLATAN . . . 153
roflumilast . . . 159
ROMVIMZA . . . 68
ropinirole hcl . . . 75
ropinirole hcl er . . . 75
rosuvastatin calcium . . . 104
ROTARIX . . . 142
ROTATEQ . . . 142
roweepra . . . 42
ROZLYTREK . . . 69
RUBRACA . . . 69
rufinamide . . . 45

RUKOBIA 85
RYBELSUS 90
RYDAPT 69

S

sacubitril-valsartan 102
sajazir 135
SANTYL 113
sapropterin dihydrochloride 120
SCEMBLIX 69
scopolamine 51
SECUADO 80
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 150
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES . 150
selegiline hcl 75
selenium sulfide 112
SELZENTRY 85
SEREVENT DISKUS 158
sertraline hcl 49
setlakin 130
sevelamer carbonate 117
sharobel 132
SHINGRIX 142
SIGNIFOR 134
sildenafil citrate 160
SILIGENTLE FOAM DRESSING 150
silodosin 121
silver sulfadiazine 113
SIMBRINZA 155
SIMLANDI (1 PEN) 139
SIMLANDI (1 SYRINGE) 139
SIMLANDI (2 PEN) 139
SIMLANDI (2 SYRINGE) 139
simliya 130
simpesse 130
simvastatin 104
sirolimus 140
SIRTURO 55
sitaglip phos-metformin hcl er 90
sitagliptin phos-metformin hcl 90
sitagliptin phosphate 90
SKYRIZI 136
SKYRIZI PEN 136
SMOFLIPID 150
sodium chloride 116
sodium chloride (pf) 116
SODIUM FLUORIDE 116
sodium oxybate 163
sodium phenylbutyrate 120
sodium polystyrene sulfonate 117
solifenacin succinate 121
SOLTAMOX 57
SOMAVERT 134
sorafenib tosylate 69
sotalol hcl 98
sotalol hcl (af) 98
SPIRIVA RESPIMAT 157
spironolactone 103
spironolactone-hctz 102
sprintec 28 130
SPRITAM 42
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) . . . 117
sronyx 130
ssd 113
sterile water for irrigation 150
STIOLTO RESPIMAT 162
STIVARGA 69
STREPTOMYCIN SULFATE 34
STRIBILD 83
subvenite 42
SUBVENITE 42
sucralfate 119
SULFACETAMIDE SODIUM 154
sulfacetamide sodium 154
sulfacetamide sodium (acne) 110
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 153
sulfadiazine 40
sulfamethoxazole-trimethoprim 40
sulfasalazine 143
sulfatrim pediatric 40

sulindac....30
sumatriptan....54
sumatriptan succinate....54
SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL....54
sunitinib malate....69
SUNLENCA....85
SUPER TOUCH INSULIN SYRINGE....150
SUPER TOUCH PEN NEEDLES....150
SURE COMFORT PEN NEEDLES....150
syeda....130
SYMPAZAN....43
SYMTUZA....86
SYNAREL....134
SYNJARDY....90
SYNJARDY XR....90
SYNTHROID....133

T

TABLOID....58
TABRECTA....69
tacrolimus....112,140
tadalafil....121
tadalafil (pah)....160
TAFINLAR....70
TAGRISSO....70
TALZENNA....70
tamoxifen citrate....57
tamsulosin hcl....121
tarina fe 1/20....130
tarina fe 1/20 eq....130
TARPEYO....123
tasimelteon....162
tazarotene....110
TAZICEF....37
TAZVERIK....70
TDVAX....142
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES....150
telmisartan....96
telmisartan-amlodipine....102
telmisartan-hctz....102
temazepam....162
TENIVAC....142
tenofovir disoproxil fumarate....84
TEPMETKO....70
terazosin hcl....96
terbinafine hcl....53
terconazole....53
teriflunomide....109
teriparatide....144
testosterone....124
testosterone cypionate....124
TESTOSTERONE ENANTHATE....124
tetrabenazine....108
tetracycline hcl....40
THALOMID....57
theophylline er....159
thioridazine hcl....76
thiothixene....76
tiadylt er....100
tiagabine hcl....43
TIBSOVO....70
ticagrelor....95
TICOVAC....142
tigecycline....35
timolol maleate....99,155
tinidazole....35
tiotropium bromide....158
TIVICAY....83
TIVICAY PD....83
tizanidine hcl....81
TOBI PODHALER....159
tobramycin....154,159
tobramycin sulfate....34
tobramycin-dexamethasone....153
TOLAK....113
tolterodine tartrate....121
tolterodine tartrate er....121
tolvaptan....116
TOPFINE INSULIN PEN NEEDLE....151
topiramate....42

toremifene citrate . . . 57
torsemide . . . 103
TOUJEO MAX SOLOSTAR . . . 92
TOUJEO SOLOSTAR . . . 92
TPN ELECTROLYTES . . . 116
TRADJENTA . . . 90
tramadol hcl . . . 32
tramadol hcl er . . . 30
tramadol-acetaminophen . . . 32
trandolapril . . . 97
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER . . . 102
tranexamic acid . . . 95
tranylcypromine sulfate . . . 48
travoprost (bak free) . . . 155
trazodone hcl . . . 49
TRECATOR . . . 55
TRELEGY ELLIPTA . . . 162
TREMFYA . . . 136,137
TREMFYA ONE-PRESS . . . 137
TREMFYA PEN . . . 137
TREMFYA-CD/UC INDUCTION . . . 137
TRESIBA . . . 92
TRESIBA FLEXTOUCH . . . 92
tretinoin . . . 73,110
tri-estarylla . . . 130
tri-linyah . . . 130
tri-mili . . . 130
tri-sprintec . . . 130
tri-vylibra . . . 130
triamcinolone acetonide . . . 110,112
triamterene-hctz . . . 103
triazolam . . . 162
triderm . . . 112
trientine hcl . . . 116
TRIENTINE HCL . . . 116
trifluoperazine hcl . . . 76
TRIFLURIDINE . . . 154
trihexyphenidyl hcl . . . 74
TRIKAFTA . . . 159
trimethoprim . . . 36
trimipramine maleate . . . 50
TRINTELLIX . . . 49
TRIUMEQ . . . 84
TRIUMEQ PD . . . 84
trivora (28) . . . 130
trospium chloride . . . 121
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 151
TRUE COMFORT PEN NEEDLES . . . 151
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES . . . 151
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE . . . 151
TRULICITY . . . 91
TRUMENBA . . . 142
TRUQAP . . . 70
TUKYSA . . . 70
TURALIO . . . 70
turqoz . . . 130
TWINRIX . . . 142
TYBOST . . . 85
TYENNE . . . 137
TYMLOS . . . 144
TYPHIM VI . . . 142

U

UDENYCA . . . 95
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE . . . 151
ULTRA COMFORT PEN NEEDLES . . . 151
UNIFINE OTC PEN NEEDLES . . . 151
UNIFINE PENTIPS . . . 151
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE . . . 151
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE . . . 151
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE . . . 151
unithroid . . . 133
UPTRAVI . . . 160
ursodiol . . . 118,119

V

valacyclovir hcl . . . 87
VALCHLOR . . . 113
valganciclovir hcl . . . 82

valproate sodium . . . 42
valproic acid . . . 42
valsartan . . . 97
valsartan-hydrochlorothiazide . . . 103
VALTOCO 10 MG DOSE . . . 43
VALTOCO 15 MG DOSE . . . 44
VALTOCO 20 MG DOSE . . . 44
VALTOCO 5 MG DOSE . . . 44
valtya 1/35 . . . 130
VALTYA 1/50 . . . 130
vancomycin hcl . . . 36
VANFLYTA . . . 70
VAQTA . . . 142
varenicline tartrate . . . 34
varenicline tartrate (starter) . . . 34
varenicline tartrate(continue) . . . 34
VARIVAX . . . 142
VAXCHORA . . . 142
VELIVET . . . 130
VELSIPITY . . . 137
VENCLEXTA . . . 70,71
VENCLEXTA STARTING PACK . . . 71
venlafaxine hcl . . . 49
venlafaxine hcl er . . . 50
VEOZAH . . . 108
VEPPANU . . . 57
verapamil hcl . . . 100
VERAPAMIL HCL ER . . . 100
verapamil hcl er . . . 100
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 152
VERIFINE INSULIN SYRINGE . . . 152
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE . . . 152
VERISAFE SAFETY INSULIN SYR . . . 152
VERQUVO . . . 103
VERSACLOZ . . . 81
VERZENIO . . . 71
vestura . . . 130
vienva . . . 131
vigabatrin . . . 44
vigadrone . . . 44
VIGAFYDE . . . 44
vigpoder . . . 44
vilazodone hcl . . . 50
VIMKUNYA . . . 142
viorele . . . 131
VIRACEPT . . . 86
VIREAD . . . 84
VITRAKVI . . . 71
VIVOTIF . . . 142
VIZIMPRO . . . 71
volnea . . . 131
VONJO . . . 73
VOQUEZNA DUAL PAK . . . 119
VOQUEZNA TRIPLE PAK . . . 119
VORANIGO . . . 71
voriconazole . . . 53
VOSEVI . . . 82
VOWST . . . 152
VRAYLAR . . . 80
vyfemla . . . 131
vylibra . . . 131
VYZULTA . . . 155

W

warfarin sodium . . . 94
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE . . . 152
WEGOVY . . . 103
WELIREG . . . 59
WELTRUZA . . . 80
wera . . . 131
WINREVAIR . . . 160
wixela inhub . . . 162
wymzya fe . . . 131
WYOST . . . 144

X

XALKORI . . . 71
XARELTO . . . 94
XARELTO STARTER PACK . . . 94
XATMEP . . . 140

XCOPRI 42,45
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 45
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 45
XDEMVY 153
xelria fe 131
XERMELO 118
XIFAXAN 36
XIGDUO XR 91
XIIDRA 153
XOFLUZA (40 MG DOSE) 86
XOFLUZA (80 MG DOSE) 86
XOLAIR 137
XOSPATA 71
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 72
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 72
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 72
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 72
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 72
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 72
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 72
XTANDI 56,57
XTRENBO 144
xulane 131

Y

YESINTEK 137
YF-VAX 142
yuvafem 131

Z

zafemy 131
zafirlukast 157
zaleplon 163
ZARXIO 95
ZEJULA 72
ZELBORAF 72
zenatane 110
ZENBEXUS 59
ZENPEP 120
zidovudine 84
ziprasidone hcl 80
ziprasidone mesylate 80
ZIRGAN 154
zoledronic acid 144
ZOLINZA 59
zolpidem tartrate 163
ZONISADE 45
zonisamide 46
zovia 1/35 (28) 131
ZTALMY 44
zumandimine 131
ZURZUVAE 48
ZYDELIG 72
ZYKADIA 72
ZYMFENTRA (1 PEN) 140
ZYMFENTRA (2 PEN) 140
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 140
ZYPREXA RELPREVV 80

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

ANALGESICS . . . 29
ANESTHETICS . . . 32
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS . . . 33
ANTIBACTERIALS . . . 34
ANTICONVULSANTS . . . 41
ANTIDEMENTIA AGENTS . . . 46
ANTIDEPRESSANTS . . . 47
ANTIEMETICS . . . 51
ANTIFUNGALS . . . 52
ANTIGOUT AGENTS . . . 53
ANTIMIGRAINE AGENTS . . . 54
ANTIMYASTHENIC AGENTS . . . 55
ANTIMYCOBACTERIALS . . . 55
ANTINEOPLASTICS . . . 55
ANTIPARASITICS . . . 73
ANTIPARKINSON AGENTS . . . 74
ANTIPSYCHOTICS . . . 76
ANTISPASTICITY AGENTS . . . 81
ANTIVIRALS . . . 81
ANXIOLYTICS . . . 87
BIPOLAR AGENTS . . . 88
BLOOD GLUCOSE REGULATORS . . . 88
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS . . . 93
CARDIOVASCULAR AGENTS . . . 96
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS . . . 106
DENTAL AND ORAL AGENTS . . . 109
DERMATOLOGICAL AGENTS . . . 110
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS . . . 114
GASTROINTESTINAL AGENTS . . . 117
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT . . . 120
GENITOURINARY AGENTS . . . 121
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL) . . . 122
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY) . . . 123
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS) . . . 124
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID) . . . 132
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY) . . . 133
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID) . . . 134

IMMUNOLOGICAL AGENTS 135
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS 143
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS 143
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS 144
OPHTHALMIC AGENTS 152
OTIC AGENTS 156
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS 156
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS 162
SLEEP DISORDER AGENTS 162

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 أ ضا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل 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.

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.

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

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 8시에서 오후 8시 사이에 연락하십시오. 귀하의 지역 내 고객 관리에 전화하십시오.

  *1-800-452-4413.*듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 경우, *TTY: 711*번으로 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 8시에서 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 경우TTY/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.html에서 이용하실 수 있습니다.

» 온라인: 인권 사무소 불만사항 포털 사이트 https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf를 방문하십시오.

이 *약품 목록*은 10/23/2026 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 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 또는 blueshieldca.com/medformulary2027 을 방문하십시오.