Blue Shield TotalDual Plan(HMO D-SNP) 2024 *보험적용 약품 목록*(처방집)

반드시 읽으세요: 이 문서에는 이 플랜에서 보장하는 약품에 대한 정보가 포함되어 있습니다.

처방집 ID 24332, 버전 23

이 처방집은 11/19/2024 에 업데이트되었습니다. **백신에 대해 지불하는 금액에 대한 중요한 메시지** – 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. 다른 백신들은 파트 D 약품으로 간주됩니다. 저희 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다.

더 많은 최신 정보를 얻고 싶으시거나 기타 질문이 있는 경우 **(800) 452-4413**(TTY: 711)번으로 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시에 연락하시거나 또는 **blueshieldca.com/medformulary2024** 를 방문해주세요.

A55568EAE_KO (12/24)
H2819_23_378A-KO_C 07142023

소개

이 문서를 *보험적용 약품 목록*이라고 합니다(약품 목록이라고도 함). 문서에는 Blue Shield TotalDual Plan이 보장하는 처방약이 무엇인지 안내됩니다. 약품 목록은 또한 Blue Shield TotalDual Plan이 보장하는 약품에 대한 특별 규칙이나 제한 사항이 있는지도 알려드립니다.

저희 연락처 정보는 약품 목록을 마지막으로 업데이트한 날짜와 함께 앞표지와 뒷표지에 안내되어 있습니다. 핵심 용어와 그 정의는 *보험 혜택적용범위 증명*의 마지막 장에 나와 있습니다.

목차

A. 공지사항 iv

B. 자주 묻는 질문(FAQ) iv

B1. 보험적용 약품 목록에는 어떤 처방약이 있습니까? (보험적용 약품 목록을 줄여서 "약품 목록"이라고 합니다.) iv

B2. 약품 목록이 변경되는 경우가 있습니까? v

B3. 약품 목록이 변경되는 경우 어떻게 됩니까? vi

B4. 특정 약품들을 받는 데 있어 약품 보험적용의 제한이나 한도, 또는 요구되는 행동이 있습니까? vii

B5. 내가 원하는 약품에 제한이 있는지 또는 해당 약품을 받기 위해 취해야 하는 조치가 있는지 어떻게 압니까? viii

B6. Blue Shield TotalDual Plan 이 일부 약품에 대한 규정을 변경하는 경우(예: 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한), 어떻게 됩니까? viii

B7. 약품 목록에서 약품을 어떻게 찾을 수 있습니까? viii

B9. 내가 Blue Shield TotalDual Plan 신규 가입자이고, 나의 약품을 약품 목록에서 찾을 수 없거나 나의 약품을 받는데 문제가 있는 경우 어떻게 합니까? ix

B10. 나의 약품에 보험적용을 하도록 예외를 요청할 수 있습니까? x

B11. 어떻게 예외를 요청할 수 있습니까? xi

B12. 예외를 받는 데 얼마나 걸립니까? xi

B13. 일반약은 무엇입니까? xi

B14. Blue Shield TotalDual Plan 은 처방약의 장기 분량에 보험을 적용하나요? xi

B15. 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달 받을 수 있습니까? xii

B16. 나의 코페이는 얼마입니까? xii

C. 보험적용 약품 목록 개요 xiii

C1. 의학적 상태별 약품 목록 xv

D. 보험적용이 되는 약물 색인 133

A. 공지사항

이 목록은 가입자들이 Blue Shield TotalDual Plan에서 받을 수 있는 약품 목록입니다.

- Blue Shield TotalDual Plan의 최신 *보험적용 약품 목록*을 **blueshieldca.com/medformulary2024**에서 온라인으로 언제든지 확인하실 수 있으며 또는 **(800) 452-4413**(TTY: 711)번으로 전화하실 수 있습니다(주 7일, 오전 8시~오후 8시).
- 귀하는 본 문서를 무료로 큰 활자, 점자 또는 음성 등의 다른 형식으로 받아보실 수 있습니다. **(800) 452-4413**(TTY: 711)번으로 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시에 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다.
- 이 문서는 아랍어, 아르메니아어, 중국어 간체, 중국어 번체, 영어, 페르시아어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료로 제공됩니다.
- 본 문서 및 향후의 커뮤니케이션을 영어 이외의 언어 또는 대체 형식(대형 활자 인쇄본, 점자, 오디오 등)으로 받겠다는 상시 요청을 하실 수도 있습니다. 이러한 요청을 하시려면 Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스부에 **(800) 452-4413(TTY: 711)**번으로 주 7 일, 오전 8 시~오후 8 시에 연락하실 수 있습니다. 고객 서비스부는 귀하가 선호하는 언어와 형식을 귀하가 업데이트를 원할 때까지 파일에 보관합니다.

B. 자주 묻는 질문(FAQ)

*보험적용 약품 목록*에 관련 질문에 대한 답변을 여기에서 찾으십시오. 더 자세히 알아보시려면 FAQ 전체를 읽어보시거나, 질문과 답변을 찾아보실 수 있습니다.

B1. *보험적용 약품 목록*에는 어떤 처방약이 있습니까? (*보험적용 약품 목록*을 줄여서 "약품 목록"이라고 합니다.)

1 페이지에서 시작하는 *보험적용 약품 목록* 에 있는 약품은 Blue Shield TotalDual Plan에서 보험적용을 하는 약품들입니다. 이 약품들은 저희 네트워크 내 약국에서 이용할 수 있습니다. 저희와 함께 협력하고 귀하에게 서비스를 제공하기로 계약을 맺은 약국은 저희 네트워크 내 약국입니다. 저희는 이 약국들을 "네트워크 약국"이라고 합니다. 이 보험적용 약품 목록에 포함된 처방약은 Blue Shield TotalDual Plan에서 보험적용을 합니다. 일부 비처방(OTC) 의약품 및 특정 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx에 의해 보험이 적용될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(**www.medi-calrx.dhcs.ca.gov**)를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스부에**800-977-2273**번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받을 때에는 Medi-Cal 수혜자 혜택 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

- Blue Shield TotalDual Plan은 다음과 같은 경우 약품 목록에 있는 의학적으로 필요한 모든 의약품에 보험을 적용합니다.
    - 귀하의 의사나 다른 처방자가 귀하가 나아지거나 건강을 유지하기 위해 해당 약품이 필요하다고 진술,
    - Blue Shield TotalDual Plan이 해당 약품이 귀하에게 의학적으로 필요하다는 데 동의, **및**
    - 처방전을 Blue Shield TotalDual Plan 네트워크 약국에서 조제.
- 일부 경우, 귀하는 약을 받기 전에 어떤 조치를 취해야 합니다. 자세한 정보는 질문 B4를 참조하십시오.

보험 적용이 되는 약품에 대한 최신 목록은 저희 웹사이트 **blueshieldca.com/medformulary2024**에서 확인하시거나 또는 이 문서의 하단에 안내된 번호로 고객 서비스부에 전화하십시오.

B2. 약품 목록이 변경되는 경우가 있습니까?

예, 그리고 Blue Shield TotalDual Plan은 변경 시 반드시 Medicare 및 Medi-Cal 규정을 따라야 합니다. 저희는 연중 약품 목록에 약품을 추가 또는 삭제할 수 있습니다.

저희는 또한 약품에 대한 규정을 변경할 수 있습니다. 예를 들어, 저희는 다음을 할 수 있습니다.

- 약품에 대한 사전 승인을 요구 또는 요구하지 않기로 결정. (사전 승인은 귀하가 약품을 받기 전에 Blue Shield TotalDual Plan으로 받는 승인입니다.)
- 귀하가 받을 수 있는 약품 수량을 추가 또는 변경(수량 제한이라고 함).
- 약품에 대한 단계적 치료 제한을 추가 또는 변경(단계적 치료는 저희가 어떤 약품에 보험적용을 하기 전에 다른 약품을 복용해 보아야 한다는 것을 의미합니다.)

이러한 약품 규정에 대해 더 자세한 정보를 알아보시려면 질문 B4를 참조하십시오.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

귀하가 연도 **초기에** 보험적용이 되던 약품을 복용하고 있는 경우, 저희는 다음 경우를 제외하고 **남은 연도 동안** 해당 약품의 보험적용을 삭제하거나 변경하지 않을 것입니다.

- 현재 의품 목록에 있는 의약품만큼 효과가 있는 새롭고 저렴한 약품이 시장에 출시되거나, **또는**
- 어떤 약품이 안전하지 않다는 것을 저희가 알게 되는 경우, **또는**
- 약품이 시장에서 회수되는 경우.

아래의 질문 B3 및 B6에는 약품 목록이 변경되는 경우 어떻게 되는지에 관한 더 많은 정보가 있습니다.

- Blue Shield TotalDual Plan의 최신 약품 목록은 **blueshieldca.com/medformulary2024**에서 온라인으로 언제든지 확인하실 수 있습니다.
- 또한 이 문서 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화하여 현재 약품 목록을 확인하실 수 있습니다.

B3. 약품 목록이 변경되는 경우 어떻게 됩니까?

약품 목록의 일부 변경사항은 **즉시** 효력이 발생할 것입니다. 예:

- **새로운 일반약이 출시됨**. 때로, 현재 약품 목록에 있는 상품명 약물만큼 효과가 있는 새로운 일반약이 시장에 출시됩니다. 이러한 경우, 저희는 상품명 약물을 삭제하고 새로운 일반약을 추가할 수 있으나 새로운 약에 대한 귀하의 비용은 $0로 유지됩니다. 저희가 새로운 일반약을 추가하는 경우, 저희는 상품명 약물 또한 목록에 유지하되 보험적용 규정 또는 제한을 변경하기로 결정할 수 있습니다.
    - 저희는 이러한 변경을 하기 전에 귀하에게 통보하지 않을 수도 있으나, 변경이 시행된 후 구체적인 변경사항에 대한 정보를 귀하에게 보내드릴 것입니다.
    - 귀하 또는 귀하의 의료제공자는 이러한 변경사항에 예외를 요청할 수 있습니다. 저희는 예외를 요청하기 위해 귀하가 취해야 할 단계들에 대한 통지를 보내드릴 것입니다. 예외에 관한 더 많은 정보를 알아보려면 질문 B10-B12를 참조하십시오.
- **약품이 시장에서 회수됨.** 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 귀하가 복용하고 있는 약품이 안전하지 않다고 발표하거나 약품 제조사가 약품을 시장에서 회수하는 경우, 저희는 해당 약품을 목록에서 삭제할 것입니다. 귀하가 해당 약품을 복용 중인 경우, 저희는 귀하에게 해당 약품이 약품 목록에서 삭제되었다는 사실과 귀하가 다음에 해야 할 일에 대해 알려드립니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

저희는 귀하가 복용하는 약품에 영향을 미치는 기타 변경을 할 수도 있습니다. 저희는 약품 목록에 대한 이와 같은 기타 변경사항들에 대해 귀하께 사전에 알려드릴 것입니다. 이러한 변경사항들은 다음의 경우 발생할 수 있습니다.

- FDA가 새로운 지침을 제공하거나 또는 약품에 대한 새로운 임상 지침이 있음.
- 저희가 시장에 새로 출시되지 않은 일반약을 추가, **및**
  - 현재 약품 목록에 있는 상품명 약물을 대체, **또는**
  - 상품명 약물에 대한 보험적용 규정 또는 제한을 변경함.

이러한 변경사항들이 발생하는 경우, 저희는 다음을 할 것입니다.

- 저희가 약품 목록을 변경하기 최소 30일 전 귀하에게 통보 **또는**
- 귀하에게 통보하고 귀하가 재조제를 요청한 이후 약품의 30일 분량을 제공.

이를 통해 귀하는 귀하의 의사 또는 기타 다른 처방자와 상담할 시간을 가질 수 있습니다. 그들은 귀하가 다음과 같은 결정을 내리는데 도움을 줄 수 있습니다.

- 약품 목록에 귀하의 약품을 대신해 복용할 수 있는 유사한 약품이 있는지 또는
- 이러한 변경사항에 예외를 요청할지 여부. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하십시오.

B4. 특정 약품들을 받는 데 있어 약품 보험적용의 제한이나 한도, 또는 요구되는 행동이 있습니까?

예, 일부 약품에는 보험적용 규정 또는 귀하가 받을 수 있는 수량 제한이 있습니다. 일부 경우 귀하, 귀하의 의사 또는 기타 처방자는 귀하가 해당 약품을 받기 전에 어떤 조치를 취해야 합니다. 예:

- **사전 승인:**일부 약품의 경우 귀하 또는 귀하의 담당의사 또는 다른 처방자는 귀하가 처방전을 조제하기 전에 Blue Shield TotalDual Plan으로부터 승인을 받아야 합니다. 사전 승인은 진료의뢰와 다릅니다. 사전 승인을 받지 않으면 Blue Shield TotalDual Plan은 약품에 보험적용을 하지 않을 수 있습니다.
- **수량 제한:** 때로 Blue Shield TotalDual Plan은 귀하가 받을 수 있는 약품의 수량을 제한합니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

- **단계적 치료:** 때로Blue Shield TotalDual Plan은 귀하가 단계적 치료를 받을 것을 요구합니다. 이는 귀하의 의학적 상태에 대해 특정한 순서로 약품들을 복용해 보아야 한다는 의미입니다. 귀하는 저희가 어떤 약품에 보험적용을 하기 전에 다른 약품을 복용해 보아야 할 수 있습니다. 귀하의 의사가 첫 번째 약품이 귀하에게 효과가 없다고 생각하면 그 후에 저희는 두 번째 약품에 보험적용을 합니다.

1 . 페이지 시작 부분의 표를 살펴보면 귀하의 약품에 추가적인 요건 또는 제한이 있는지 알아보실 수 있습니다. 귀하는 또한 저희 웹사이트 **blueshieldca.com/medformulary2024**를 방문해 더 많은 정보를 얻으실 수 있습니다. 저희는 저희의 사전 승인 및 단계적 치료 제한을 설명하는 문서들을 온라인으로 게시했습니다. 귀하는 또한 저희에게 사본을 보내달라고 요청하실 수 있습니다.

귀하는 이러한 제한에 예외를 요청할 수 있습니다. 이를 통해 귀하는 귀하의 의사 또는 기타 다른 처방자와 상담할 시간을 가질 수 있습니다. 이들은 약품 목록에 귀하의 약품을 대신해 복용할 수 있는 유사한 약품이 있는지 또는 예외를 요청할지 여부를 결정하는 것을 도와드릴 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하십시오.

B5. 내가 원하는 약품에 제한이 있는지 또는 해당 약품을 받기 위해 취해야 하는 조치가 있는지 어떻게 압니까?

1 페이지에 있는 의학적 상태별 약품 목록표에는 "필요한 조치, 제한 또는 사용 제한"이라는 열이 있습니다.

B6. Blue Shield TotalDual Plan이 일부 약품에 대한 규정을 변경하는 경우(예: 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한), 어떻게 됩니까?

일부 경우, 저희가 어떤 약품에 대해 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한을 추가하거나 변경하면 귀하에게 사전에 알려드립니다. 이러한 사전 통보 및 약품 목록에 있는 약품에 대한 저희의 규정이 변경될 때 귀하에게 사전 통보를 하지 못하는 상황에 대한 더 많은 정보는 질문 B3을 참조하십시오.

B7. 약품 목록에서 약품을 어떻게 찾을 수 있습니까?

약품을 찾는 방법에는 두 가지가 있습니다.

- 알파벳순으로 검색하거나 **또는**
- 의학적 상태별로 찾아볼 수 있습니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

알파벳순으로 찾아보시려면 보험적용이 되는 약품 색인 섹션을 참조하십시오. 133 페이지부터 시작되는 색인에서 찾으실 수 있습니다. 색인은 이 문서에 포함된 모든 약품의 목록을 알파벳순으로 제공합니다. 상품명 약물 및 일반약 모두 색인에 기재되어 있습니다. 색인을 살펴보고 귀하의 약품을 찾으십시오. 귀하의 약품 옆에 보험적용 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호가 있습니다. 색인에 기재된 페이지로 가서 목록 첫 번째 열에서 귀하의 약품 이름을 찾으십시오.

의학적 상태별로 찾아보시려면 1 페이지에서 "의학적 상태별로 분류된 약품 목록" 섹션을 찾으십시오. 이 섹션의 약품들은 해당 약품을 사용해 치료하는 의학적 상태에 기반한 항목으로 분류되어 있습니다. 예를 들어, 귀하에게 심장병이 있는 경우 귀하는 심혈관제 항목을 살펴봐야 합니다. 여기에서 귀하는 심장병을 치료하는 약품을 찾을 수 있습니다.

B8. 내가 복용하고자 하는 약품이 약품 목록에 없는 경우 어떻게 됩니까?

귀하의 약품을 약품 목록에서 찾지 못하는 경우 이 문서의 하단에 안내된 번호로 고객 서비스부에 전화하십시오. Blue Shield TotalDual Plan에서 해당 약품에 보험적용을 하지 않는다는 것을 알게 되는 경우, 귀하는 다음 중 한 가지 조치를 취하실 수 있습니다.

- 고객 서비스부에 귀하가 복용하고자 하는 약품과 유사한 약품의 목록을 요청합니다. 그 후 이 목록을 귀하의 의사 또는 기타 다른 처방자에게 보여줍니다. 이들은 귀하가 복용하고자 하는 약품과 유사하면서 약품 목록에 있는 약품을 처방할 수 있습니다. **또는**

- 귀하는 귀하의 약품에 보험적용을 하도록 Blue Shield TotalDual Plan에 예외를 요청하실 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하십시오.

B9. 내가 Blue Shield TotalDual Plan 신규 가입자이고, 나의 약품을 약품 목록에서 찾을 수 없거나 나의 약품을 받는데 문제가 있는 경우 어떻게 합니까?

저희가 도와드릴 수 있습니다. 저희는 귀하가 Blue Shield TotalDual Plan 가입자가 된 최초 90일 동안 임시 30일 분량의 귀하의 약품에 보험적용을 할 수 있습니다. 이를 통해 귀하는 귀하의 의사 또는 기타 다른 처방자와 상담할 시간을 가질 수 있습니다. 이들은 약품 목록에 귀하의 약품을 대신해 복용할 수 있는 유사한 약품이 있는지 또는 예외를 요청할지 여부를 결정하는 것을 도와드릴 수 있습니다.

귀하의 처방전이 이 기간보다 적은 일수로 발행된 경우, 저희는 최대 30일 약품 분량까지 제공하기 위해 여러 번의 재조제를 허용할 것입니다.

저희는 다음의 경우 귀하의 약품 30일 분량에 보험적용을 합니다.

- 귀하가 저희 약품 목록에 없는 약품을 복용하고 있는 경우, **또는**

- 저희 플랜 규정으로 인해 귀하의 처방자가 주문한 수량을 받을 수 없는 경우, **또는**

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

- Blue Shield TotalDual Plan의 사전 승인이 필요한 약품, **또는**
- 귀하가 단계적 치료 제한에 포함된 약품을 복용하고 있는 경우

Blue Shield TotalDual Plan이 파트 D 약으로 간주하지 않는 약품을 복용하고 있는 경우, 귀하는 해당 약의 72시간 공급량을 1회 공급받을 권리가 있습니다.

귀하가 요양원 또는 기타 장기 치료 시설에 거주하고 있고 약품 목록에 없는 약품이 필요한 겨우 또는 필요한 약품을 쉽게 구할 수 없는 경우 저희가 도와드릴 수 있습니다. 귀하가 플랜에 90일 이상 가입했고, 장기 치료 시설에 거주하고 있으며, 즉시 약품 공급이 필요한 경우:

- 저희는 귀하가 Blue Shield TotalDual Plan 신규 가입자인지 여부에 관계없이 귀하에게 필요한 약품의 31일 분량(단, 귀하가 더 적은 일수의 처방전을 받은 경우 제외)에 1회 보험적용을 합니다.
- 이는 귀하가 Blue Shield TotalDual Plan 가입자가 된 최초 90일 동안 받는 임시 분량에 추가로 제공됩니다.

전환 방침

이전 정책 수혜자가 한 가지 치료 설정에서 다른 설정으로 변경하는 상황에서 Blue Shield TotalDual Plan은 비처방집 파트 D 약품 승인을 위한 신속한 절차를 진행할 것입니다. 이 절차는 또한 사전 승인 또는 단계적 치료가 필요한 처방집 파트 D 약품에도 적용됩니다. 진료 수준 변경의 예는 병원에서 집으로 퇴원한 수혜자, 전문 간호 시설 Medicare 파트 A 입원을 마치고 파트 D 플랜 처방집으로 복귀해야 하는 수혜자, 장기 치료 시설 입원을 마치고 커뮤니티로 복귀하는 수혜자 및 고도의 맞춤형 약물 요법과 함께 정신 병원에서 퇴원한 수혜자입니다.

B10. 나의 약품에 보험적용을 하도록 예외를 요청할 수 있습니까?

예. 귀하는 약품 목록에 없는 약품에 보험적용을 하도록 Blue Shield TotalDual Plan에 예외를 요청할 수 있습니다.

귀하는 또한 귀하의 약품에 대한 규정을 변경하도록 요청할 수 있습니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

- 예를 들어, Blue Shield TotalDual Plan은 저희가 보험적용을 하는 약품의 수량을 제한할 수 있습니다. 귀하의 약품에 제한이 있는 경우, 귀하는 제한을 변경하고 더 많은 양에 보험적용을 하도록 요청할 수 있습니다.
- 다른 예: 귀하는 저희에게 단계적 치료 제한 또는 사전 승인 요건을 생략하도록 요청할 수 있습니다.

B11. 어떻게 예외를 요청할 수 있습니까?

예외를 요청하시려면 고객 서비스부에 전화하십시오. 고객 서비스부는 귀하 및 귀하의 의료제공자와 협력해 귀하가 예외를 요청하는 것을 도와드릴 것입니다. 예외 사항에 대한 자세한 내용은 *보험 혜택적용범위 증명* 의 9장을 참조하십시오.

B12. 예외를 받는 데 얼마나 걸립니까?

저희가 귀하의 처방자로부터 귀하의 예외 요청을 뒷받침하는 진술을 받은 후, 72시간 이내에 귀하에게 결정을 알려드릴 것입니다. 귀하의 처방자는 해당 진술을 전자상으로(온라인 또는 팩스) 또는 우편으로 보낼 수 있습니다. 또한 처방자는 Blue Shield Promise 약국 부서에 전화해 저희에게 구두로 진술을 제공한 후, 필요 시 서면 진술을 보낼 수 있습니다.

귀하 또는 귀하의 처방자가 결정을 72시간 동안 기다리는 것이 귀하의 건강에 해를 끼칠 수 있다고 생각하는 경우, 귀하는 속결 예외를 요청할 수 있습니다. 이것은 더 신속하게 결정을 내리는 것입니다. 귀하의 처방자가 귀하의 요청을 뒷받침하는 경우, 저희는 귀하의 처방자가 증명하는 진술을 받은 후 24시간 이내에 결정을 알려드릴 것입니다.

B13. 일반약은 무엇입니까?

일반약은 상품명 약물과 동일한 활성 성분으로 만들어집니다. 이 약들은 일반적으로 상품명 약물보다 비용이 저렴하고 일반적으로 덜 알려져 있습니다. 일반약은 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인받았습니다.

Blue Shield TotalDual Plan은 브랜드약 및 일반약 양쪽 모두에 보험적용을 합니다.

B14. Blue Shield TotalDual Plan은 처방약의 장기 분량에 보험을 적용하나요?

특정 유형의 약품들의 경우 귀하는 플랜의 네트워크 우편 서비스 약국을 이용하실 수 있습니다. 일반적으로 우편 약국을 통해 제공되는 약품들은 귀하가 만성 또는 장기 질환에 대해 정기적으로 복용하는 약품들입니다. 플랜의 우편 서비스 약국을 통해 이용할 수 없는 약품들은 저희 약품 목록에 **NDS** 기호로 표시되어 있습니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

- **우편 서비스 프로그램.** 저희는 다음과 같은 약품을 받을 수 있는 우편 서비스 프로그램을 **제공합니다. 1군: 선호 일반약의 경우 최대 100일 복용분까지 그리고 2군: 일반약, 3군: 선호 상품명 약물 및 4군: 비선호 약품.** 100일 분량이 다음 분량과 코페이먼트가 동일합니다. 1군 1개월 분량: 선호 일반약의 경우 최대 100일 복용분까지 그리고 2군: 일반약, 3군: 선호 상품명 약물 및 4군: 비선호 약품은 1개월 분량과 코페이먼트가 동일합니다.

- **소매 약국 프로그램.** 일부 소매 약국 또한 다음과 같은 분량을 제공할 **수 있습니다. 1군에 대해 최대 100일 분량: 선호 일반약의 경우 최대 100일 복용분까지 그리고 2군: 일반약, 3군: 선호 상품명 약물 및 4군:** 비선호 약품. 100일 분량이 다음 분량과 코페이먼트가 동일합니다. 1군 1개월 분량: 선호 일반약의 경우 최대 100일 복용분까지 그리고 2군: 일반약, 3군: 선호 상품명 약물 및 4군: 비선호 약품은 1개월 분량과 코페이먼트가 동일합니다.

B15. 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달 받을 수 있습니까?

지역 약국에서 처방약을 집으로 배달해 드릴 수도 있습니다. 약국에 전화하여 집으로 배송을 제공하는지 알아볼 수 있습니다.

B16. 나의 코페이는 얼마입니까?

Blue Shield TotalDual Plan 가입자들은 플랜 규정을 따를 경우 처방약에 대해 코페이먼트가 있습니다.

약품군은 저희 약품 목록에 있는 약품들의 그룹입니다.

- 1군 약품은 선호 일반약입니다
- 2군 약품은 일반약입니다
- 3군 약품은 선호 상품명 약물입니다.
- 4군 약품은 비선호 약품입니다.
- 5군 약품은 특수 처방약입니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

약품군	설명	코페이먼트		
		30일 분량	**90일 분량**	**100일 분량**
1군	선호 일반약	$0	$0	$0
2군	일반약	$0, $1.55, $4.50	$0, $1.55, $4.50	이용 불가
3군	선호 상품명 약품	$0, $4.60, $11.20	$0, $4.60, $11.20	이용 불가
4군	비선호 약품	$0, $4.60, $11.20	$0, $4.60, $11.20	이용 불가
5군	특수 처방약	$0, $4.60, $11.20	이용 불가	이용 불가

질문이 있는 경우 이 문서 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화하십시오.

C. *보험적용 약품 목록* 개요

*보험적용 약품 목록*은 Blue Shield TotalDual Plan가 보험 적용하는 의약품에 대한 정보를 제공합니다. 목록에서 귀하의 약품을 찾는 것이 어려운 경우, 133 페이지에서 시작되는 보험적용이 되는 약품 색인으로 가십시오. 이 색인에서는
Blue Shield TotalDual Plan에서 보험적용을 하는 모든 약품들이 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

범례

군	이름
1	선호 일반약
2	일반약
3	선호 상품명 약품
4	비선호 약품
5	특수 처방약

기호	이름	설명
LA	제한적 이용	이 처방은 특정 약국에서만 이용할 수 있습니다. 자세한 내용은 약국 목록을 참조하거나 고객 서비스부에 문의하십시오.
PA	사전 승인	이 처방에 대한 보험적용은 Blue Shield의 사전 승인이 필요합니다. 보험적용 범위를 결정하는 데 필요한 정보를 제공하시려면 Blue Shield에 전화하십시오. 일부 약품에는 Medicare 보험적용 규칙에 따라 파트 B 또는 파트 D 보험적용 결정이 필요할 수 있습니다.
QL	수량 제한	이 약에는 복용량 또는 처방 수량 제한이 있습니다. 최대 일일 복용량 제한은 FDA에서 정해지며, 약품 패키지 삽입물에 안내되어 있습니다. 기타 수량 제한은 가능한 경우 통합 투여를 권장합니다.
ST	단계적 치료	이 처방에 대한 보험적용은 다른 1차 또는 선호 약물 요법을 시도한 경우 제공됩니다(단계적 치료).
NDS	연장된 일수 분량 불가	약품은 장기 복용분으로 제공되지 않습니다.
VAC	IRA 백신 $0	이 파트 D 백신은무료로 제공됩니다. 자세한 내용은 고객 서비스부에 문의하십시오.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

- 재고 요청은 저희가 실수를 했다고 귀하가 생각하시는 경우 귀하의 보험적용에 대해 저희가 내린 결정을 검토하고 이를 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방법입니다.

- 예를 들어, 저희는 귀하가 원하는 약품에 보험적용을 하지 않거나 더 이상 Medicare 또는 Medi-Cal에서 보험적용이 되지 않도록 결정할 수 있습니다.
- 귀하 또는 담당 의사가 저희의 결정에 동의하지 않는 경우 재고 요청을 할 수 있습니다. 질문이 있으시면 이 문서 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화하십시오.
- 또한 결정에 대한 재고 요청을 하는 방법을 알아보시려면 *보험 혜택적용범위 증명* 9장을 읽어보실 수 있습니다.

C1. 의학적 상태별 약품 목록

이 섹션의 약품들은 해당 약품을 사용해 치료하는 의학적 상태에 기반한 항목으로 분류되어 있습니다. 예를 들어, 귀하에게 심장병이 있는 경우 귀하는 심혈관제 항목을 살펴봐야 합니다. 여기에서 귀하는 심장병을 치료하는 약품을 찾을 수 있습니다.

표의 첫 번째 열에 약품 이름이 기재되어 있습니다. 일반약은 소문자 이탤릭체로 표시되고 (예: *simvastatin*), 상품명 약물은 대문자로 표시됩니다(예: ELIQUIS). "필요한 조치, 제한 또는 사용 한도" 열에 기재된 정보는 귀하의 약품에 대한 보험적용에 Blue Shield TotalDual의 규정이 있는지 여부를 알려드립니다.

D. 보험적용이 되는 약물 색인

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

ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS		
cataflam 50 mg tab	Tier 2	
celecoxib (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
celecoxib 400 mg cap	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
diclofenac potassium 50 mg tab	Tier 2	
diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)	Tier 2	
diclofenac sodium 1 % gel	Tier 3	
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 (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 4	
flurbiprofen 100 mg tab	Tier 2	
ibu (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
meloxicam (15 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
naproxen (250 mg tab, 375 mg tab, 375 mg tab dr, 500 mg tab, 500 mg tab dr)	Tier 2	
naproxen dr 500 mg tab dr	Tier 2	
piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)	Tier 3	

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

ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
relafen (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)	Tier 2	
OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING		
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 3	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 15 mg tab er	Tier 3	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
morphine sulfate er 30 mg tab er	Tier 3	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
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 (12 PER 1 DAYS), NDS
acetaminophen-codeine 300-60 mg tab	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
butalbital-apap-caff-cod 50-325-40-30 mg cap	Tier 4	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 3	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
codeine sulfate 30 mg tab	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS

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

ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 3	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
fentanyl citrate (1200 mcg loz handle, 1600 mcg loz handle, 400 mcg loz handle, 600 mcg loz handle, 800 mcg loz handle)	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
fentanyl citrate 200 mcg loz handle	Tier 4	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)	Tier 3	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS
hydrocodone-acetaminophen 5-325 mg tab	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
hydromorphone hcl 1 mg/ml liquid	Tier 4	QL (675 PER 30 OVER TIME), 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
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

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

ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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 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 (8 PER 1 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 OVER TIME)
lidocaine 5 % patch	Tier 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
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 OVER TIME)
lidocan 5 % patch	Tier 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)

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

ANESTHETICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
premium lidocaine 5 % ointment	Tier 4	QL (50 PER 30 OVER TIME)

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	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl 8 mg sl tab	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg film, 4-1 mg film)	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl (8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
buprenorphine hcl-naloxone hcl 2-0.5 mg sl tab	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (0.7-0.18 MG SL TAB, 1.4-0.36 MG SL TAB, 5.7-1.4 MG SL TAB)	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV (11.4-2.9 MG SL TAB, 2.9-0.71 MG SL TAB)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SL TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
OPIOID REVERSAL AGENTS		
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	
naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid	Tier 2	QL (2 PER 30 OVER TIME)

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

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
naltrexone hcl 50 mg tab	Tier 2	
SMOKING CESSATION AGENTS		
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NICOTROL 10 MG INHALER	Tier 3	
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
varenicline tartrate (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (2 PER 1 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 (2 PER 1 DAYS)

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
AMINOGLYCOSIDES		
amikacin sulfate 500 mg/2ml solution	Tier 4	
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	
paromomycin sulfate 250 mg cap	Tier 4	
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	

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

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIBACTERIALS, OTHER		
acetic acid 2 % solution	Tier 2	
aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)	Tier 4	
clindacin etz 1 % swab	Tier 2	
clindacin-p 1 % swab	Tier 2	
clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln	Tier 4	
clindamycin phosphate (1 % swab, 2 % cream)	Tier 2	
clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml solution)	Tier 4	
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 5	
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 2	

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

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % lotion)	Tier 3	
metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)	Tier 2	
metronidazole (1 % gel, 500 mg/100ml solution)	Tier 4	
nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)	Tier 3	
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	Tier 2	
rosadan 0.75 % cream	Tier 3	
rosadan 0.75 % gel	Tier 2	
SYNERCID 150-350 MG RECON SOLN	Tier 5	
tigecycline 50 mg recon soln	Tier 5	
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, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)	Tier 4	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	Tier 3	
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 375 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
cefadroxil (1 gm tab, 500 mg cap)	Tier 2	
cefadroxil (250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)	Tier 3	

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

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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, 2 gm recon soln)	Tier 4	
cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)	Tier 4	
CEFOTAXIME SODIUM 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)	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	
cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)	Tier 2	
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	

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

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	Tier 5	
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-pot clavulanate (200-28.5 mg chew tab, 200-28.5 mg/5ml recon susp, 250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 400-57 mg chew tab, 400-57 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)	Tier 2	
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, 2 gm recon soln)	Tier 4	
nafcillin sodium 10 gm recon soln	Tier 5	
penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)	Tier 4	

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

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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 4	
imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)	Tier 4	
meropenem (1 gm recon soln, 500 mg 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 1 GM PACKET	Tier 3	
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 3	
DIFICID 200 MG TAB	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)

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

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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 400 MG TAB	Tier 4	
erythromycin lactobionate 500 mg recon soln	Tier 4	
QUINOLONES		
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	Tier 3	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	Tier 4	
ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)	Tier 4	
ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	
CIPROFLOXACIN HCL 100 MG TAB	Tier 4	
ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution	Tier 4	
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 4	
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
ofloxacin (300 mg tab, 400 mg tab)	Tier 3	

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

ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
SULFONAMIDES		
sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion	Tier 3	
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	
TETRACYCLINES		
avidoxy 100 mg tab	Tier 2	
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, 100 mg tab, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	
minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 2	
mondoxyne nl 100 mg cap	Tier 2	
morgidox 100 mg cap	Tier 2	
tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)	Tier 4	

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTICONVULSANTS, OTHER		
BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	Tier 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)

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

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 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
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), 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 (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (10 MG TAB, 12 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg chew tab, 25 mg 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 (6 PER 1 DAYS)
levetiracetam er 750 mg tab er 24h	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
roweepra (1000 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	

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

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
roweepra xr 500 mg tab er 24h	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
roweepra xr 750 mg tab er 24h	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)	Tier 2	
topiramate (100 mg tab, 15 mg cap sprink, 200 mg tab, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) (100 & 150 MG TAB THPK, 50 & 200 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 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
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)	Tier 2	
methsuximide 300 mg cap	Tier 3	
GAMMA-AMINOBUTYRIC ACID (GABA) AUGMENTING AGENTS		
clobazam 10 mg tab	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 2.5 mg/ml suspension	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
clobazam 20 mg tab	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
diazepam 10 mg gel	Tier 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
diazepam 20 mg gel	Tier 4	QL (40 PER 30 OVER TIME)
gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)	Tier 3	QL (72 PER 1 DAYS)
gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
gabapentin 100 mg cap	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
gabapentin 300 mg cap	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
gabapentin 400 mg cap	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
LIBERVANT (10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM, 5 MG FILM, 7.5 MG FILM)	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 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, 5 MG FILM)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 OVER TIME)
vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigadrone 500 mg tab	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
vigpoder 500 mg packet	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SODIUM CHANNEL AGENTS		
APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
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 3	

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

ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW TAB	Tier 3	
epitol 200 mg tab	Tier 2	
lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	QL (2 PER 1 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	ST, QL (16 PER 1 DAYS)
rufinamide 40 mg/ml suspension	Tier 5	ST, QL (80 PER 1 DAYS)
rufinamide 400 mg tab	Tier 4	ST, QL (8 PER 1 DAYS)
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	

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

ANTIDEMENTIA AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CHOLINESTERASE INHIBITORS		
donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	Tier 2	
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	Tier 2	
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 OVER TIME)
rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)	Tier 2	
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST		
memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)	Tier 4	
memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab	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 3	

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIDEPRESSANTS, OTHER		
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bupropion hcl 100 mg tab	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
bupropion hcl 75 mg tab	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)

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

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MAPROTILINE HCL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	Tier 4	
mirtazapine (15 mg tab, 15 mg tab disp, 30 mg tab, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)	Tier 2	
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 2	
citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution	Tier 3	
desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)

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

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution)	Tier 2	
FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H)	Tier 4	QL (1 PER 1 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, 20 mg/5ml solution, 40 mg cap)	Tier 2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	Tier 4	QL (4 PER 28 OVER TIME)
fluvoxamine maleate 100 mg tab	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate 25 mg tab	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
fluvoxamine maleate 50 mg tab	Tier 2	QL (6 PER 1 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 2	
paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)
sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
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 (1 PER 1 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 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
<xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIDEPRESSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
venlafaxine hcl er (150 mg cap er 24h, 37.5 mg cap er 24h)	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
venlafaxine hcl er 75 mg cap er 24h	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
VIIBRYD STARTER PACK 10 & 20 MG KIT	Tier 4	ST, QL (30 PER 30 OVER TIME)
vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 4	ST, QL (1 PER 1 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 2	
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, 10 mg/ml conc, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	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 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
<xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

ANTIEMETICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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, 80 & 125 mg misc, 80 mg cap)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
aprepitant 40 mg cap	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 OVER TIME)
dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)	Tier 4	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
granisetron hcl (1 mg/ml solution, 4 mg/4ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
granisetron hcl 1 mg tab	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 4 mg tab disp	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron 8 mg tab disp	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIEMETICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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 (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ondansetron hcl 8 mg tab	Tier 2	QL (3 PER 1 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 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
caspofungin acetate 50 mg recon soln	Tier 5	PA
caspofungin acetate 70 mg recon soln	Tier 4	PA
ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)	Tier 2	
clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)	Tier 2	
CRESEMBA (186 MG CAP, 372 MG RECON SOLN, 74.5 MG CAP)	Tier 5	PA
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	

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

ANTIFUNGALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
itraconazole 100 mg cap	Tier 4	
ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)	Tier 2	
klayesta 100000 unit/gm powder	Tier 2	
micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)	Tier 5	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
nyamyc 100000 unit/gm powder	Tier 2	
nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/gm powder, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)	Tier 2	
nystop 100000 unit/gm powder	Tier 2	
posaconazole 100 mg tab dr	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
posaconazole 40 mg/ml suspension	Tier 5	PA
terbinafine hcl 250 mg tab	Tier 2	QL (1 PER 1 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

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

ANTIGOUT AGENTS

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

ANTIMIGRAINE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIMIGRAINE AGENTS, OTHER		
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
UBRELVY (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 OVER TIME)
ERGOT ALKALOIDS		
dihydroergotamine mesylate 1 mg/ml solution	Tier 4	PA
dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution	Tier 5	PA, QL (8 PER 30 OVER TIME)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	Tier 4	QL (20 PER 30 OVER TIME)
PROPHYLACTIC		
AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ)	Tier 3	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
timolol maleate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
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)

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

ANTIMIGRAINE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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 soln prsyr, 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)
zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)	Tier 4	QL (18 PER 30 OVER TIME)

ANTIMYASTHENIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PARASYMPATHOMIMETICS		
GUANIDINE HCL 125 MG TAB	Tier 2	
pyridostigmine bromide 60 mg tab	Tier 2	

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	
ISONIAZID 100 MG/ML SOLUTION	Tier 4	

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

ANTIMYCOBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PASER 4 GM PACKET	Tier 4	
PRIFTIN 150 MG TAB	Tier 4	
pyrazinamide 500 mg tab	Tier 2	
rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)	Tier 2	
rifampin 600 mg recon soln	Tier 4	
RIFATER 50-120-300 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
GLEOSTINE (100 MG CAP, 40 MG CAP)	Tier 5	
GLEOSTINE 10 MG CAP	Tier 4	
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
thiotepa (100 mg recon soln, 15 mg recon soln)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
VALCHLOR 0.016 % GEL	Tier 5	LA, QL (60 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANDROGENS		
abiraterone acetate 250 mg tab	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
abiraterone acetate 500 mg tab	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bicalutamide 50 mg tab	Tier 2	

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ERLEADA 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERLEADA 60 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
flutamide 125 mg cap	Tier 3	
nilutamide 150 mg tab	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVLIMID (10 MG CAP, 15 MG CAP, 2.5 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP, 5 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (100 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
EMCYT 140 MG CAP	Tier 4	
fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr	Tier 5	
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	
ANTIMETABOLITES		
DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP)	Tier 3	
hydroxyurea 500 mg cap	Tier 2	
INQOVI 35-100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (5 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
mercaptopurine 50 mg tab	Tier 2	
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), 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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRUKINSA 80 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
EXKIVITY 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (49 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (70 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK	Tier 5	QL (91 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LONSURF 20-8.19 MG TAB	Tier 5	LA, QL (80 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
LUMAKRAS 120 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 240 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LUMAKRAS 320 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYSODREN 500 MG TAB	Tier 5	
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	QL (3 PER 21 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OGSIVEO 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
QINLOCK 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 40 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETEVMO 80 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAZVERIK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (20 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (12 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (16 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZOLINZA 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION		
anastrozole 1 mg tab	Tier 2	
exemestane 25 mg tab	Tier 2	
letrozole 2.5 mg tab	Tier 2	
ENZYME INHIBITORS		
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 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 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 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
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CAPRELSA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CAPRELSA 300 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COTELLIC 20 MG TAB	Tier 5	LA, QL (63 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib 20 mg tab	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
dasatinib 50 mg tab	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
erlotinib hcl 25 mg tab	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 5	QL (2 PER 1 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 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 1 MG CAP	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FRUZAQLA 5 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GAVRETO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
gefitinib 250 mg tab	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE (100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 100 mg tab	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
imatinib mesylate 400 mg tab	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA (280 MG TAB, 420 MG TAB, 560 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 140 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 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 (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
lapatinib ditosylate 250 mg tab	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (112 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (140 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	Tier 5	LA, QL (40 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 0.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKINIST 2 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MEKTOVI 15 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
NERLYNX 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ODOMZO 200 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
pazopanib hcl 200 mg tab	Tier 5	QL (4 PER 1 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 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & 50 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sorafenib tosylate 200 mg tab	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
SPRYCEL 20 MG TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 50 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 12.5 mg cap	Tier 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
sunitinib malate 25 mg cap	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA (150 MG CAP, 200 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TEPMETKO 225 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TIBSOVO 250 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
TURALIO (125 MG CAP, 200 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
UKONIQ 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 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 (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
bexarotene 1 % gel	Tier 5	QL (60 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
bexarotene 75 mg cap	Tier 5	QL (10 PER 1 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 100 mg/ml solution	Tier 4	
MESNEX 400 MG TAB	Tier 5	
VONJO 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIPARASITICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTHELMINTHICS		
albendazole 200 mg tab	Tier 4	
ivermectin 3 mg tab	Tier 3	QL (16 PER 365 OVER TIME)
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 3	
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	Tier 2	QL (50 PER 30 OVER TIME)
chloroquine phosphate 500 mg tab	Tier 2	QL (25 PER 30 OVER TIME)
COARTEM 20-120 MG TAB	Tier 4	QL (24 PER 2 OVER TIME)
hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab	Tier 2	QL (1 PER 1 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
primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab	Tier 3	

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

ANTIPARASITICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
pyrimethamine 25 mg tab	Tier 5	PA
quinine sulfate 324 mg cap	Tier 3	PA, QL (6 PER 1 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	
ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER		
amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 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 3	QL (8 PER 1 DAYS)
DOPAMINE AGONISTS		
apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart	Tier 5	PA
bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)	Tier 2	
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	

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

ANTIPARKINSON AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
DOPAMINE 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 (1 PER 1 DAYS)
selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)	Tier 2	

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	

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

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
haloperidol lactate (2 mg/ml conc, 5 mg/ml solution)	Tier 3	
loxapine succinate (10 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap, 50 mg cap)	Tier 2	
MOLINDONE HCL 10 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 25 MG TAB	Tier 4	QL (9 PER 1 DAYS)
MOLINDONE HCL 5 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 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 ASIMTUFII (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
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 (2 PER 1 DAYS)
aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
aripiprazole 1 mg/ml solution	Tier 4	QL (25 PER 1 DAYS)
aripiprazole 2 mg tab	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
aripiprazole 5 mg tab	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
ARISTADA (1064 MG/3.9ML PRSYR, 441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	Tier 5	QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 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 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 PER 28 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 PER 28 OVER TIME), 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
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

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

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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, 80 mg tab)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 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	
paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
paliperidone er 6 mg tab er 24h	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PERSERIS (120 MG PRSYR, 90 MG PRSYR)	Tier 5	QL (1 PER 28 OVER TIME), 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	
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 3	
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 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	

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

ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
risperidone 1 mg/ml solution	Tier 3	
risperidone microspheres er (25 mg srer, 37.5 mg srer, 50 mg srer)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
risperidone microspheres er 12.5 mg srer	Tier 4	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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VRAYLAR 1.5 & 3 MG CAP THPK	Tier 4	QL (7 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 2	
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
TREATMENT-RESISTANT		
clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 25 mg tab disp)	Tier 4	
clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
clozapine 200 mg tab disp	Tier 5	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (18 PER 1 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	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)

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

ANTISPASTICITY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
baclofen 15 mg tab	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
baclofen 20 mg tab	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
baclofen 5 mg tab	Tier 2	QL (16 PER 1 DAYS)
dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)	Tier 3	
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		
PREVYMIS 240 MG TAB	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	Tier 5	QL (100 PER 365 OVER TIME)
valganciclovir hcl 450 mg tab	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln	Tier 5	QL (18 PER 1 DAYS)
ZIRGAN 0.15 % GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS		
adefovir dipivoxil 10 mg tab	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (21 PER 1 DAYS)
entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	Tier 3	
lamivudine 100 mg tab	Tier 3	
VEMLIDY 25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
EPCLUSA (150-37.5 MG PACKET, 200-50 MG TAB, 400-100 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
EPCLUSA 200-50 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

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

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HARVONI (33.75-150 MG PACKET, 45-200 MG TAB, 90-400 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
HARVONI 45-200 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 90-400 MG TAB	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)	Tier 2	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)

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

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
EDURANT 25 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
efavirenz 600 mg tab	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
etravirine 100 mg tab	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
etravirine 200 mg tab	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
INTELENCE 25 MG TAB	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
nevirapine 200 mg tab	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	QL (40 PER 1 DAYS)
NEVIRAPINE ER 100 MG TAB ER 24H	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
nevirapine er 400 mg tab er 24h	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PIFELTRO 100 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI)		
abacavir sulfate 20 mg/ml solution	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate 300 mg tab	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DIDANOSINE (200 MG CAP DR, 250 MG CAP DR, 400 MG CAP DR)	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)

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

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
emtricitabine 200 mg cap	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
emtricitabine-tenofovir df 200-300 mg tab	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
lamivudine 10 mg/ml solution	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
lamivudine 150 mg tab	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
lamivudine 300 mg tab	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
stavudine (15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD (200 MG TAB, 250 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIREAD 150 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	Tier 4	QL (240 PER 30 OVER TIME)
zidovudine 100 mg cap	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
zidovudine 300 mg tab	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
zidovudine 50 mg/5ml syrup	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, OTHER		
CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP	Tier 5	QL (4 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP	Tier 5	QL (6 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
FUZEON 90 MG RECON SOLN	Tier 5	QL (60 PER 30 OVER TIME)
maraviroc 150 mg tab	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
maraviroc 300 mg tab	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (60 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 25 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
SELZENTRY 75 MG TAB	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
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 (1 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI)		
APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS)
APTIVUS 250 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
atazanavir sulfate 300 mg cap	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 200 MG CAP	Tier 3	QL (9 PER 1 DAYS)
CRIXIVAN 400 MG CAP	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
darunavir 600 mg tab	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
darunavir 800 mg tab	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
fosamprenavir calcium 700 mg tab	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	QL (56 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab	Tier 4	QL (10 PER 1 DAYS)

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

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution	Tier 4	QL (13 PER 1 DAYS)
NORVIR (100 MG CAP, 100 MG PACKET)	Tier 4	QL (12 PER 1 DAYS)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (15 PER 1 DAYS)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)
ritonavir 100 mg tab	Tier 3	QL (12 PER 1 DAYS)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 250 MG TAB	Tier 5	QL (9 PER 1 DAYS)
VIRACEPT 625 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ANTI-INFLUENZA AGENTS		
oseltamivir phosphate 30 mg cap	Tier 2	QL (120 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 45 mg cap	Tier 2	QL (42 PER 180 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp	Tier 4	QL (1080 PER 365 OVER TIME)
oseltamivir phosphate 75 mg cap	Tier 2	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 2	
XOFLUZA (40 MG DOSE) (1 X 40 MG TAB THPK, 2 X 20 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)

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

ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
XOFLUZA (80 MG DOSE) 2 X 40 MG TAB THPK	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
ANTIHERPETIC AGENTS		
acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
acyclovir 200 mg/5ml 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 3	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	Tier 2	
valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)	Tier 2	

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	
meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)	Tier 4	
BENZODIAZEPINES		
alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
alprazolam 2 mg tab	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp)	Tier 2	QL (40 PER 1 DAYS)
clonazepam (1 mg tab, 1 mg tab disp)	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
clonazepam (2 mg tab, 2 mg tab disp)	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)

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

ANXIOLYTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
clorazepate dipotassium 15 mg tab	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium 3.75 mg tab	Tier 2	QL (24 PER 1 DAYS)
clorazepate dipotassium 7.5 mg tab	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
diazepam 10 mg tab	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
diazepam 2 mg tab	Tier 2	QL (30 PER 1 DAYS)
diazepam 5 mg/5ml solution	Tier 2	QL (60 PER 1 DAYS)
diazepam intensol 5 mg/ml conc	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
lorazepam (2 mg tab, 2 mg/ml conc)	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
lorazepam 0.5 mg tab	Tier 2	QL (20 PER 1 DAYS)
lorazepam 1 mg tab	Tier 2	QL (10 PER 1 DAYS)
lorazepam intensol 2 mg/ml conc	Tier 2	QL (5 PER 1 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	

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIDIABETIC AGENTS		
acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 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 (1 PER 1 DAYS)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUMET XR (100-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JANUVIA (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
JENTADUETO (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 2.5-850 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 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	
miglitol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
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 OVER TIME)
nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)	Tier 2	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (1.5 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) (2 MG/1.5ML SOLN PEN, 4 MG/3ML SOLN PEN)	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (3 PER 28 OVER TIME)
pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)	Tier 2	
repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
SYNJARDY XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
TRADJENTA 5 MG TAB	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
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 OVER TIME)
VICTOZA 18 MG/3ML SOLN PEN	Tier 3	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIGDUO XR (10-1000 MG TAB ER 24H, 2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
XIGDUO XR (10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 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	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 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 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
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 OVER TIME)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 OVER TIME)
NOVOLIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
NOVOLIN 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
NOVOLIN N RELION 100 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	
NOVOLIN R 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
NOVOLIN R RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (18 PER 28 OVER TIME)

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 (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 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 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsyr, 80 mg/0.8ml soln prsyr)	Tier 3	QL (48 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsyr	Tier 3	QL (18 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsyr	Tier 3	QL (24 PER 30 OVER TIME)
enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsyr	Tier 3	QL (36 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution	Tier 5	QL (24 PER 30 OVER TIME)

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution	Tier 4	QL (15 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution	Tier 5	QL (12 PER 30 OVER TIME)
fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution	Tier 5	QL (18 PER 30 OVER TIME)
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
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 2	
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 2	
XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	Tier 3	QL (20 PER 1 DAYS)
XARELTO 2.5 MG TAB	Tier 3	QL (2 PER 1 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, 100 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION)	Tier 4	PA

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 500 MCG/ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	Tier 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
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
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 (1 PER 1 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h	Tier 4	
BRILINTA (60 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
clopidogrel bisulfate 75 mg tab	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)	Tier 2	
prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ALPHA-ADRENERGIC AGONISTS		
clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)	Tier 4	
clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)	Tier 2	
droxidopa 100 mg cap	Tier 5	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
droxidopa 200 mg cap	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME)
droxidopa 300 mg cap	Tier 5	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 2	
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 2	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)	Tier 2	
EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
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 2	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
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	
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 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
<xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
MULTAQ 400 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 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	
sorine (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab, 80 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 2	
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	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
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	
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	
nicardipine hcl (20 mg cap, 30 mg cap)	Tier 2	
nifedipine (10 mg cap, 20 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	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1260 PER 21 OVER TIME)
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	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	Tier 2	
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 tab er 24h, 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, 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	
taztia xt (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)	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 2	
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, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)	Tier 3	
verapamil hcl er (120 mg tab er, 180 mg tab er, 240 mg tab er)	Tier 2	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)	Tier 2	
aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)	Tier 3	PA
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab	Tier 2	
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-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)	Tier 2	
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 2	
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 2	
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 (20 PER 1 DAYS)
digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
enalapril-hydrochlorothiazide (10-25 mg tab, 5-12.5 mg tab)	Tier 1	
ENTRESTO (15-16 MG CAP SPRINK, 6-6 MG CAP SPRINK)	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)	Tier 1	
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 (2 PER 1 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 2	
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 2	
pentoxifylline er 400 mg tab er	Tier 2	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	Tier 2	
quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
spironolactone-hctz 25-25 mg tab	Tier 2	
telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)	Tier 1	
triamterene-hctz (37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)	Tier 2	
triamterene-hctz 37.5-25 mg cap	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 (1 PER 1 DAYS)
DIURETICS, LOOP		
bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
bumetanide 0.25 mg/ml solution	Tier 4	
furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
furosemide 10 mg/ml solution	Tier 4	
FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	Tier 2	
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 4	
spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
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 약어의 의미에 대한 정보를 찾으시려면
<xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오 .

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 2	
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 3	
colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)	Tier 4	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
colestipol hcl (1 gm tab, 5 gm granules, 5 gm packet)	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	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
icosapent ethyl 1 gm cap	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB	Tier 4	
niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
NIACOR 500 MG TAB	Tier 4	
omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)	Tier 3	
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA, QL (3.5 PER 28 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
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 (120 mg tab er 24h, 30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)	Tier 2	

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
minitran (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)	Tier 2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	Tier 3	
nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg/hr patch 24hr)	Tier 2	
nitroglycerin (0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.6 mg sl tab)	Tier 3	
nitroglycerin 0.4 % ointment	Tier 4	QL (30 PER 30 OVER TIME)
NITROSTAT (0.3 MG SL TAB, 0.4 MG SL TAB, 0.6 MG SL TAB)	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 (2 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 15 mg tab	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
dextroamphetamine sulfate 20 mg tab	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate 30 mg tab	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 10 mg cap er 24h	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 15 mg cap er 24h	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap er 24h	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
zenzedi (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
zenzedi 15 mg tab	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
zenzedi 20 mg tab	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
zenzedi 30 mg tab	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES		
atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
atomoxetine hcl 40 mg cap	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
clonidine hcl er 0.1 mg tab er 12h	Tier 3	
dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	QL (2 PER 1 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 (1 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 10 mg tab	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 20 mg tab	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl 5 mg tab	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er 10 mg tab er	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
methylphenidate hcl er 20 mg tab er	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
AUSTEDO (12 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
AUSTEDO 6 MG TAB	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 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 (1 PER 1 DAYS)
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	Tier 5	PA, QL (28 PER 28 DAYS)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	Tier 5	PA, QL (42 PER 30 OVER TIME)
bac 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
INGREZZA (60 MG CAP, 80 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
INGREZZA 40 & 80 MG CAP THPK	Tier 5	PA, LA, QL (28 PER 28 OVER TIME)
INGREZZA 40 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
riluzole 50 mg tab	Tier 3	
tetrabenazine 12.5 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
tetrabenazine 25 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR)	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
duloxetine hcl 30 mg cp dr part	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
pregabalin 20 mg/ml solution	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
AVONEX PEN 30 MCG/0.5ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
AVONEX PREFILLED 30 MCG/0.5ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
dalfampridine er 10 mg tab er 12h	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
EXTAVIA 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 OVER TIME)
fingolimod hcl 0.5 mg cap	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr	Tier 5	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
PLEGRIDY (125 MCG/0.5ML SOLN A-INJ, 125 MCG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
PLEGRIDY STARTER PACK 63 & 94 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
REBIF (22 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 44 MCG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (6 PER 28 OVER TIME)
REBIF REBIDOSE (22 MCG/0.5ML SOLN A-INJ, 44 MCG/0.5ML SOLN A-INJ)	Tier 5	PA, QL (6 PER 28 OVER TIME)

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK 6X8.8 & 6X22 MCG SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (4.2 PER 28 OVER TIME)
REBIF TITRATION PACK 6X8.8 & 6X22 MCG SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.2 PER 28 OVER TIME)
teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
TYSABRI 300 MG/15ML CONC	Tier 5	PA, LA

DENTAL AND ORAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
DENTAL AND ORAL AGENTS		
chlorhexidine gluconate 0.12 % solution	Tier 2	
KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
kourzeq 0.1 % paste	Tier 3	
oralone 0.1 % paste	Tier 3	
paroex 0.12 % solution	Tier 2	
periogard 0.12 % solution	Tier 2	
pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 2	
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, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)	Tier 4	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
adapalene 0.1 % gel	Tier 4	PA
amnesteem (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
avita (0.025 % cream, 0.025 % gel)	Tier 3	PA
claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
myorisan (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
tazarotene (0.05 % cream, 0.1 % cream)	Tier 4	
TAZORAC 0.05 % CREAM	Tier 4	
tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)	Tier 3	PA
zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)	Tier 4	
DERMATITIS AND PRURITUS AGENTS		
ala-cort (1 % cream, 2.5 % cream)	Tier 2	
alclometasone dipropionate 0.05 % ointment	Tier 2	
ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)	Tier 2	
betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion)	Tier 2	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % gel, 0.05 % ointment)	Tier 3	
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 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)	Tier 4	
desonide (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 4	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)	Tier 4	
fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)	Tier 2	
fluocinolone acetonide 0.01 % solution	Tier 4	
fluocinolone acetonide body 0.01 % oil	Tier 4	
fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil	Tier 4	
fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)	Tier 3	
fluocinonide emulsified base 0.05 % cream	Tier 2	
fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)	Tier 2	
halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)	Tier 2	QL (200 PER 28 OVER TIME)
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 % SOLUTION	Tier 4	ST
hydrocortisone valerate 0.2 % cream	Tier 2	ST
mometasone furoate 0.1 % solution	Tier 2	
procto-med hc 2.5 % cream	Tier 2	
procto-pak 1 % 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 3	QL (100 PER 30 OVER TIME)

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)	Tier 2	
triamcinolone acetonide 0.025 % lotion	Tier 3	
triderm (0.1 % cream, 0.5 % cream)	Tier 2	
DERMATOLOGICAL AGENTS, OTHER		
calcipotriene (0.005 % cream, 0.005 % ointment)	Tier 4	
calcipotriene 0.005 % solution	Tier 3	
calcitrene 0.005 % ointment	Tier 4	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream	Tier 2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion	Tier 4	
diclofenac sodium 3 % gel	Tier 4	PA, QL (100 PER 30 OVER TIME)
fluorouracil (2 % solution, 5 % cream, 5 % solution)	Tier 2	
imiquimod 5 % cream	Tier 2	QL (24 PER 30 OVER TIME)
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 (2 PER 1 DAYS)
podofilox 0.5 % solution	Tier 2	
REGRANEX 0.01 % GEL	Tier 5	PA, QL (15 PER 2 OVER TIME)
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME)
silver sulfadiazine 1 % cream	Tier 2	
SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (30 PER 365 OVER TIME)
ssd 1 % cream	Tier 2	

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 PER 365 OVER TIME)
TOLAK 4 % CREAM	Tier 3	
PEDICULICIDES/SCABICIDES		
LINDANE 1 % SHAMPOO	Tier 4	
malathion 0.5 % lotion	Tier 4	
permethrin 5 % cream	Tier 2	
TOPICAL ANTI-INFECTIVES		
acyclovir 5 % ointment	Tier 4	PA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
ciclodan 8 % solution	Tier 2	
ciclopirox 8 % solution	Tier 2	
clindamycin phosphate (1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution)	Tier 2	
ERY 2 % PAD	Tier 3	
erythromycin 2 % gel	Tier 4	
erythromycin 2 % solution	Tier 2	
mupirocin 2 % ointment	Tier 2	
SULFAMYLON 85 MG/GM CREAM	Tier 4	

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ELECTROLYTE/MINERAL REPLACEMENT		
carglumic acid 200 mg tab sol	Tier 5	PA, LA
CRYSVITA 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (6 PER 28 OVER TIME)

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
FREAMINE III 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
HEPATAMINE 8 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
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	
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	
klor-con sprinkle (10 meq cap er, 8 meq cap er)	Tier 2	
magnesium sulfate 50 % solution	Tier 4	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	Tier 4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/100ml 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 nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)	Tier 4	

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)	Tier 3	
PREMASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
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	
TRAVASOL 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
clovique 250 mg cap	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
deferasirox (180 mg tab, 250 mg tab sol, 360 mg tab, 500 mg tab sol)	Tier 5	
deferasirox 125 mg tab sol	Tier 3	
deferasirox 90 mg tab	Tier 4	
trientine hcl 250 mg cap	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
TRIENTINE HCL 500 MG CAP	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
PHOSPHATE BINDERS		
AURYXIA 1 GM 210 MG(FE) TAB	Tier 4	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
calcium acetate (phos binder) (667 mg cap, 667 mg tab)	Tier 2	
calcium acetate 667 mg tab	Tier 2	
sevelamer carbonate 800 mg tab	Tier 3	
POTASSIUM BINDERS		
kionex 15 gm/60ml suspension	Tier 2	
sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)	Tier 2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION)	Tier 2	

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
VELTASSA (1 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET, 8.4 GM PACKET)	Tier 3	
VITAMINS		
dextrose (10 % solution, 5 % solution)	Tier 4	
dextrose in lactated ringers 5 % solution	Tier 4	
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, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)	Tier 4	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	Tier 4	
lactated ringers solution	Tier 4	
levocarnitine 330 mg tab	Tier 2	
nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab	Tier 2	
potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution	Tier 4	
prenatal vitamins	Tier 3	
ringers solution	Tier 4	
ringers irrigation solution	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
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	
tis-u-sol solution	Tier 2	
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

GASTROINTESTINAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTI-CONSTIPATION AGENTS		
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 (1 PER 1 DAYS)
lubiprostone (24 mcg cap, 8 mcg cap)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution	Tier 3	
NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN	Tier 3	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 420 GM RECON SOLN	Tier 3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln	Tier 2	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	Tier 3	
RELISTOR (12 MG/0.6ML SOLUTION, 8 MG/0.4ML SOLUTION)	Tier 5	PA
trilyte 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	

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

GASTROINTESTINAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
loperamide hcl 2 mg cap	Tier 2	
XERMELO 250 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
ANTISPASMODICS, GASTROINTESTINAL		
dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)	Tier 2	PA
glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER		
GATTEX 5 MG KIT	Tier 5	PA, LA
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	Tier 2	
gavilyte-g 236 gm recon soln	Tier 2	
GOLYTELY 236 GM RECON SOLN	Tier 3	
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln	Tier 2	
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)
ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)	Tier 2	
HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS		
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	Tier 2	
cimetidine hcl (300 mg/5ml solution, 400 mg/6.67ml solution)	Tier 2	
famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)	Tier 2	
NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP)	Tier 2	

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

GASTROINTESTINAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PROTECTANTS		
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	Tier 2	
sucralfate 1 gm tab	Tier 2	
PROTON PUMP INHIBITORS		
lansoprazole 15 mg cap dr	Tier 2	
lansoprazole 30 mg cap dr	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr)	Tier 2	
omeprazole 40 mg cap dr	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
pantoprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 2	
pantoprazole sodium 40 mg tab dr	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	Tier 3	

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT		
ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
betaine powder	Tier 5	
BYLVAY (PELLETS) 200 MCG CAP SPRINK	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 1 DAYS)
BYLVAY (PELLETS) 600 MCG CAP SPRINK	Tier 5	PA, LA, QL (10 PER 1 DAYS)
BYLVAY 1200 MCG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
BYLVAY 400 MCG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (18 PER 1 DAYS)
CERDELGA 84 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
CHOLBAM 250 MG CAP	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
CHOLBAM 50 MG CAP	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
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	
cromolyn sodium 100 mg/5ml conc	Tier 4	
CYSTAGON (150 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 4	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 28 OVER TIME)
javygtor (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)	Tier 5	PA
l-glutamine 5 gm packet	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
miglustat 100 mg cap	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
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
PROCYSBI (25 MG CAP DR, 75 MG CAP DR)	Tier 5	PA, LA
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
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
STRENSIQ (18 MG/0.45ML SOLUTION, 28 MG/0.7ML SOLUTION, 40 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
STRENSIQ 80 MG/0.8ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (38.4 PER 28 OVER TIME)
yargesa 100 mg cap	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
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 4	

GENITOURINARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTISPASMODICS, URINARY		
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H)	Tier 4	
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 3	QL (1 PER 1 DAYS)
tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	ST
tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)	Tier 2	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 4	QL (1 PER 1 DAYS)
finasteride 5 mg tab	Tier 2	

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

GENITOURINARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
tamsulosin hcl 0.4 mg cap	Tier 2	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
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)		
alclometasone dipropionate 0.05 % cream	Tier 2	
betamethasone dipropionate 0.05 % ointment	Tier 2	
betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion)	Tier 2	
clobetasol prop emollient base 0.05 % cream	Tier 4	
clobetasol propionate e 0.05 % cream	Tier 4	
CORTISONE ACETATE 25 MG TAB	Tier 4	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	Tier 5	PA, LA
decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)	Tier 2	
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 (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
dexamethasone sodium phosphate (120 mg/30ml solution, 20 mg/5ml solution, 4 mg/ml soln prsyr, 4 mg/ml solution)	Tier 4	
fludrocortisone acetate 0.1 mg tab	Tier 2	
HEMADY 20 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
hydrocortisone butyrate 0.1 % ointment	Tier 4	ST
hydrocortisone valerate 0.2 % ointment	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	
mifepristone 300 mg tab	Tier 5	PA, QL (4 PER 1 DAYS)
mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)	Tier 2	
prednisolone 15 mg/5ml solution	Tier 2	
prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)	Tier 2	
prednisone (1 mg tab, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 5 mg/5ml solution, 50 mg tab)	Tier 2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 3	

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)		
desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution	Tier 4	
desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)	Tier 2	
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	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (30 PER 30 OVER TIME)
GENOTROPIN (12 MG CARTRIDGE, 5 MG CARTRIDGE)	Tier 5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK (0.2 MG PRSYR, 0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR)	Tier 5	PA
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OMNITROPE (10 MG/1.5ML SOLN CART, 5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN)	Tier 5	PA

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANABOLIC STEROIDS		
ANADROL-50 50 MG TAB	Tier 5	
oxandrolone (10 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 3	

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANDROGENS		
danazol (100 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)	Tier 4	
depo-testosterone (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 2	
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 OVER TIME)
testosterone cypionate (100 mg/ml solution, 200 mg/ml solution)	Tier 2	
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (5 PER 30 OVER TIME)
ESTROGENS		
afirmelle 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
altavera 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
alyacen 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
alyacen 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
apri 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
aubra 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	
aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	
aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
aviane 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
ayuna 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 2	

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
balziva 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 2	
bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 2	
blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	
blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
briellyn 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 2	
caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab	Tier 2	
chateal 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 2	
cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
cyred 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
delyla 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	Tier 4	
desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 2	
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 OVER TIME)
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg tab	Tier 3	
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.03 mg tab	Tier 2	
elinest 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 2	

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
emoquette 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
enpresse-28 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 2	
enskyce 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
estarylla 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 2	
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 OVER TIME)
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 2	QL (8 PER 28 OVER TIME)
estradiol (0.1 mg/gm cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
estradiol 10 mcg tab	Tier 3	
ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING)	Tier 3	QL (1 PER 84 OVER TIME)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
ethynodiol diac-eth estradiol 1-50 mg-mcg tab	Tier 3	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
falmina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
femynor 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 2	
fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)	Tier 4	
gianvi 3-0.02 mg tab	Tier 3	
hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	
hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring	Tier 4	QL (1 PER 28 OVER TIME)
iclevia 0.15-0.03 mg tab	Tier 2	
introvale 0.15-0.03 mg tab	Tier 2	
isibloom 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
jasmiel 3-0.02 mg tab	Tier 3	
jinteli 1-5 mg-mcg tab	Tier 4	
jolessa 0.15-0.03 mg tab	Tier 2	
juleber 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	
junel 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	
junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
kalliga 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 2	
kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
kelnor 1/50 1-50 mg-mcg tab	Tier 3	
kurvelo 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
larin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	
larin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
larin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	
larin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
larissia 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
leena 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
lessina 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 2	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 2	

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab	Tier 2	
levonorgestrel-ethinyl estrad (0.1-20 mg-mcg tab, 0.15-30 mg-mcg tab)	Tier 2	
levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
lillow 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
lo-zumandimine 3-0.02 mg tab	Tier 3	
loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	
loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	
loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
loryna 3-0.02 mg tab	Tier 3	
low-ogestrel 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 2	
lutera 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
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 OVER TIME)
marlissa 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
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 2	
microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab	Tier 2	
microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
mili 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 2	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 2	

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nikki 3-0.02 mg tab	Tier 3	
norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 2	
norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 2	
norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)	Tier 2	
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 2	
norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 2	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
nymyo 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 2	
ocella 3-0.03 mg tab	Tier 2	
orsythia 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
philith 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 2	
pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 2	
pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab	Tier 2	

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
portia-28 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.625 MG/GM CREAM, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	Tier 3	
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	Tier 4	
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	Tier 4	
previfem 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 2	
reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab	Tier 2	
setlakin 0.15-0.03 mg tab	Tier 2	
simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 2	
sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 2	
sronyx 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
syeda 3-0.03 mg tab	Tier 2	
tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 2	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 2	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 2	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 2	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 2	
tri-previfem 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 2	
tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 2	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab	Tier 2	

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab	Tier 2	
turqoz 0.3-30 mg-mcg tab	Tier 2	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 2	
vestura 3-0.02 mg tab	Tier 3	
vienva 0.1-20 mg-mcg tab	Tier 2	
viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 2	
volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab	Tier 2	
vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab	Tier 2	
vylibra 0.25-35 mg-mcg tab	Tier 2	
wera 0.5-35 mg-mcg tab	Tier 3	
wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab	Tier 2	
yuvafem 10 mcg tab	Tier 3	
zarah 3-0.03 mg tab	Tier 2	
zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab	Tier 2	
zumandimine 3-0.03 mg tab	Tier 2	
PROGESTINS		
camila 0.35 mg tab	Tier 2	
deblitane 0.35 mg tab	Tier 2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 4	
errin 0.35 mg tab	Tier 2	
heather 0.35 mg tab	Tier 2	
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE 1.25 GM/5ML SOLUTION	Tier 5	
incassia 0.35 mg tab	Tier 2	

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
jencycla 0.35 mg tab	Tier 2	
lyleq 0.35 mg tab	Tier 2	
lyza 0.35 mg tab	Tier 2	
medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsyr, 150 mg/ml suspension)	Tier 4	
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
megestrol acetate 625 mg/5ml suspension	Tier 4	PA
nora-be 0.35 mg tab	Tier 2	
norethindrone 0.35 mg tab	Tier 2	
norethindrone acetate 5 mg tab	Tier 2	
norlyda 0.35 mg tab	Tier 2	
norlyroc 0.35 mg tab	Tier 2	
progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)	Tier 2	
sharobel 0.35 mg tab	Tier 2	
tulana 0.35 mg tab	Tier 2	
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS		
OSPHENA 60 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
raloxifene hcl 60 mg tab	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)		
cabergoline 0.5 mg tab	Tier 2	

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	Tier 5	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	Tier 4	
LANREOTIDE ACETATE 120 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit	Tier 5	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SANDOSTATIN LAR DEPOT (10 MG KIT, 20 MG KIT, 30 MG KIT)	Tier 5	PA
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 30 OVER TIME)
SOMATULINE DEPOT (60 MG/0.2ML SOLUTION, 90 MG/0.3ML SOLUTION)	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 (1 PER 1 DAYS)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY)

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
TRELSTAR MIXJECT (11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP, 3.75 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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	

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		
BIVIGAM (10 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
FLEBOGAMMA DIF (0.5 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA (10 GM RECON SOLN, 5 GM RECON SOLN)	Tier 5	PA
GAMMAKED (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA
GAMMAPLEX (10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA, LA
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
PRIVIGEN (10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION)	Tier 5	PA

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER		
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
BEYFORTUS (100 MG/ML SOLN PRSYR, 50 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 4	
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 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
ILARIS 150 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
STELARA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	Tier 5	PA, QL (0.5 PER 28 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 28 OVER TIME)
TALTZ 20 MG/0.25ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (0.25 PER 28 DAYS)
TALTZ 40 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (0.5 PER 28 DAYS)
XELJANZ (10 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 1 DAYS)
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
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 OVER TIME)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
INTRON A (10000000 UNIT RECON SOLN, 10000000 UNIT/ML SOLUTION, 18000000 UNIT RECON SOLN, 50000000 UNIT RECON SOLN, 6000000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 5	LA
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 OVER TIME)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 OVER TIME)
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 50 mg/ml solution	Tier 2	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 RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (4.08 PER 28 OVER TIME)
ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 OVER TIME)
ENVARSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 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 5	PA, QL (1.6 PER 28 OVER TIME)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (3.2 PER 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (1.6 PER 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (3.2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (10 MG/0.1ML PREF SY KT, 20 MG/0.2ML PREF SY KT)	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 PEN) (40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT, 40 MG/0.8ML AUT-IJ KIT)	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA (2 SYRINGE) 40 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 OVER TIME)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 40 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (12 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER 40 MG/0.8ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (8 PER 365 OVER TIME)
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (6 PER 365 OVER TIME)
leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	
METHOTREXATE SODIUM (1 GM RECON SOLN, 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, 50 mg/2ml solution)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
methotrexate sodium 2.5 mg tab	Tier 2	
mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
mycophenolate mofetil 500 mg recon soln	Tier 4	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
REZUROCK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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 (12 PER 1 DAYS)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
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 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 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 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, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	Tier 3	VAC
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	Tier 3	
DENGVAXIA RECON SUSP	Tier 3	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
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 (SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 4	VAC

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
HAVRIX 720 EL U/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
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 INJECTABLE	Tier 3	VAC
IXCHIQ RECON SOLN	Tier 4	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	Tier 3	VAC
MENQUADFI 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	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML SUSPENSION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	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	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
YF-VAX INJECTABLE	Tier 4	VAC

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

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
AMINOSALICYLATES		
balsalazide disodium 750 mg cap	Tier 2	
mesalamine 1.2 gm tab dr	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)
mesalamine 1000 mg suppos	Tier 4	
mesalamine 4 gm enema	Tier 2	
mesalamine er 0.375 gm cap er 24h	Tier 3	QL (4 PER 1 DAYS)
sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)	Tier 2	
GLUCOCORTICOIDS		
budesonide 3 mg cp dr part	Tier 4	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
budesonide er 9 mg tab er 24h	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
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, 5 mg tab, 70 mg tab)	Tier 1	
calcitonin (salmon) 200 unit/act solution	Tier 2	QL (3.7 PER 30 OVER TIME)
calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
calcitriol 1 mcg/ml solution	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
cinacalcet hcl 90 mg tab	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
doxercalciferol (0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap, 4 mcg/2ml solution)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
FORTEO 600 MCG/2.4ML SOLN PEN	Tier 5	PA
ibandronate sodium 150 mg tab	Tier 2	
ibandronate sodium 3 mg/3ml solution	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
NATPARA (100 MCG CARTRIDGE, 25 MCG CARTRIDGE, 50 MCG CARTRIDGE, 75 MCG CARTRIDGE)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 28 OVER TIME)
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
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)	Tier 4	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 OVER TIME)
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	Tier 5	QL (1.7 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 2	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
alcohol wipes 70 % misc	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 2	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
argyle sterile water solution	Tier 2	
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC	Tier 2	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC	Tier 2	
AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 2	
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 2	
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC	Tier 2	
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC	Tier 2	
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC	Tier 2	
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC	Tier 2	
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC	Tier 2	
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	Tier 2	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 2	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD	Tier 2	
cvs isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 2	
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 2	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.3 ML MISC, X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 2	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
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 2	
gauze pads 2	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 2	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 2	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 2	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 2	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 2	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
INSULIN 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 2	
INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
isopropyl alcohol 70 % misc	Tier 2	
isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
IWILFIN 192 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAGEVRIO 200 MG CAP	Tier 4	QL (40 PER 30 OVER TIME)
medpura alcohol pads 70 % misc	Tier 2	
methergine 0.2 mg tab	Tier 4	
methylergonovine maleate 0.2 mg tab	Tier 4	
novofine 32g x 6 mm misc	Tier 2	
novotwist 32g x 5 mm misc	Tier 2	
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 3	QL (40 PER 30 OVER TIME)
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	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 2	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
qc alcohol 70 % misc	Tier 2	
ra isopropyl alcohol wipes 70 % misc	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 2	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	
sterile water for irrigation solution	Tier 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 2	
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 2	
TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 2	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 2	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 2	
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 2	

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 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 2	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 2	

OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment	Tier 2	
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 22.3-6.8 mg/ml solution	Tier 2	
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 (3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)	Tier 2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION	Tier 2	

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

OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
polycin 500-10000 unit/gm ointment	Tier 2	
RESTASIS 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (60 PER 30 OVER TIME)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (5.5 PER 30 OVER TIME)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	Tier 4	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	Tier 2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension	Tier 2	
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS		
azelastine hcl 0.05 % solution	Tier 2	
cromolyn sodium 4 % solution	Tier 2	
olopatadine hcl 0.2 % solution	Tier 3	
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES		
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	Tier 4	
erythromycin 5 mg/gm ointment	Tier 2	
GENTAK 0.3 % 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 2	
NATACYN 5 % SUSPENSION	Tier 3	
ofloxacin 0.3 % solution	Tier 2	
polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution	Tier 2	

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

OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
sulfacetamide sodium (10 % ointment, 10 % solution)	Tier 2	
tobramycin 0.3 % solution	Tier 2	
OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES		
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	Tier 2	
diclofenac sodium 0.1 % solution	Tier 2	
fluorometholone 0.1 % suspension	Tier 3	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	Tier 2	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	Tier 3	QL (3 PER 30 OVER TIME)
ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)	Tier 2	
loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % suspension)	Tier 3	
prednisolone acetate 1 % suspension	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 2	
PROLENSA 0.07 % SOLUTION	Tier 3	
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, 0.25 % solution, 0.5 % gel f soln, 0.5 % solution)	Tier 2	
OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER		
acetazolamide er 500 mg cap er 12h	Tier 4	
apraclonidine hcl 0.5 % solution	Tier 3	
brimonidine tartrate 0.1 % solution	Tier 3	

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

OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % RECON SOLN	Tier 4	
pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)	Tier 2	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	Tier 3	QL (2.5 PER 25 OVER TIME)
OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS		
bimatoprost 0.03 % solution	Tier 4	ST, QL (5 PER 30 DAYS)
latanoprost 0.005 % solution	Tier 2	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
travoprost (bak free) 0.004 % solution	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

OTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OTIC AGENTS		
ciprofloxacin hcl 0.2 % solution	Tier 4	
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	

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

OTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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		
budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
fluticasone propionate 50 mcg/act suspension	Tier 2	QL (16 PER 30 DAYS)
PULMICORT FLEXHALER (180 MCG/ACT AER POW BA, 90 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
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)
azelastine hcl 0.15 % solution	Tier 3	QL (30 PER 25 DAYS)
cyproheptadine hcl 4 mg tab	Tier 2	PA
hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	PA
levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab	Tier 2	
promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution	Tier 2	PA
ANTILEUKOTRIENES		
montelukast sodium (10 mg tab, 4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC		
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	Tier 3	QL (25.8 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)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC		
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	Tier 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	Tier 2	QL (13.4 PER 30 OVER TIME)
albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)	Tier 2	QL (36 PER 30 OVER TIME)
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 hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln	Tier 2	QL (17 PER 30 OVER TIME)
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)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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		
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	Tier 5	PA, LA, QL (84 PER 28 OVER TIME)
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 (2 PER 1 DAYS)
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	Tier 5	QL (150 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
SYMDEKO (100-150 & 150 MG TAB THPK, 50-75 & 75 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
TOBI PODHALER 28 MG CAP	Tier 5	PA, LA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
tobramycin 300 mg/4ml nebu soln	Tier 5	PA, QL (224 PER 28 OVER TIME)
tobramycin 300 mg/5ml nebu soln	Tier 5	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 (3 PER 1 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	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
roflumilast 500 mcg tab	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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 (3 PER 1 DAYS)
alyq 20 mg tab	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
bosentan 125 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
bosentan 62.5 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
sildenafil citrate 20 mg tab	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
tadalafil (pah) 20 mg tab	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VENTAVIS 10 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (270 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
VENTAVIS 20 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (90 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)	Tier 5	PA, QL (9 PER 1 DAYS)
PIRFENIDONE 534 MG TAB	Tier 5	PA, QL (5 PER 1 DAYS)
pirfenidone 801 mg tab	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 28 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 160-9-4.8 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 3	QL (4 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 30 OVER TIME)
NUCALA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (0.4 PER 28 OVER TIME)
ribavirin 6 gm recon soln	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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 (4 PER 1 DAYS)
cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	PA
methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)	Tier 2	PA
vanadom 350 mg tab	Tier 2	PA, QL (4 PER 1 DAYS)

SLEEP DISORDER AGENTS

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

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

SLEEP DISORDER AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
zolpidem tartrate 5 mg tab	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS		
armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
modafinil 100 mg tab	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
modafinil 200 mg tab	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
XYREM 500 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 OVER TIME)

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

보험적용이 되는 약물 색인

A

abacavir sulfate....53
abacavir sulfate-lamivudine....53
abacavir-lamivudine-zidovudine....53
ABELCET....24
ABILIFY ASIMTUFII....47
ABILIFY MAINTENA....47
abiraterone acetate....28
ABRYSVO....113
acamprosate calcium....5
acarbose....59
accutane....80
acebutolol hcl....68
acetaminophen-codeine....2
acetazolamide....71
acetazolamide er....124
acetic acid....7
acetylcysteine....129
acitretin....80
ACTHIB....113
ACTIMMUNE....110
acyclovir....57,84
acyclovir sodium....57
ADACEL....113
adapalene....81
adefovir dipivoxil....51
ADEMPAS....129
ADVAIR HFA....130
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE....117
afirmelle....96
AIMOVIG....26
ak-poly-bac....122
AKEEGA....30
ala-cort....81
albendazole....44
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)....127
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)....127
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)....127
Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)....127
albuterol sulfate....127
albuterol sulfate hfa....127
alclometasone dipropionate....81,93
ALCOHOL 70% PADS....118
ALCOHOL PREP....118
ALCOHOL PREP PADS....118
ALCOHOL SWABSTICK....118
alcohol wipes....118
ALDURAZYME....90
ALECENSA....35
alendronate sodium....116
alfuzosin hcl er....92
aliskiren fumarate....71
allopurinol....26
alosetron hcl....88
alprazolam....57
altavera....96
ALUNBRIG....35
alyacen 1/35....96
alyacen 7/7/7....96
alyq....129
amantadine hcl....45
ambrisentan....129
amikacin sulfate....6
amiloride hcl....73
amiloride-hydrochlorothiazide....71
amiodarone hcl....67
amitriptyline hcl....22
amlodipine besy-benazepril hcl....71
amlodipine besylate....69
amlodipine besylate-valsartan....71
amlodipine-olmesartan....71
amlodipine-valsartan-hctz....71
ammonium lactate....81
amnesteem....81
amoxapine....22
amoxicillin....10
amoxicillin-pot clavulanate....10
amphetamine-dextroamphet er....76
amphetamine-dextroamphetamine....76
AMPHOTERICIN B....24

amphotericin b liposome . . . 24
ampicillin . . . 10
ampicillin sodium . . . 10
ampicillin-sulbactam sodium . . . 10
ANADROL-50 . . . 95
anagrelide hcl . . . 64
anastrozole . . . 34
ANORO ELLIPTA . . . 130
apomorphine hcl . . . 45
apraclonidine hcl . . . 124
aprepitant . . . 23
apri . . . 96
APTIOM . . . 17
APTIVUS . . . 55
AQ INSULIN SYRINGE . . . 118
AQINJECT PEN NEEDLE . . . 118
ARALAST NP . . . 90
aranelle . . . 96
ARANESP (ALBUMIN FREE) . . . 64,65
ARCALYST . . . 109
AREXVY . . . 113
argyle sterile water . . . 118
aripiprazole . . . 47
ARISTADA . . . 47
ARISTADA INITIO . . . 47
armodafinil . . . 132
asenapine maleate . . . 47
aspirin-dipyridamole er . . . 65
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES . . . 118
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES . . . 118
atazanavir sulfate . . . 55
atenolol . . . 68
atenolol-chlorthalidone . . . 71
atomoxetine hcl . . . 77
atorvastatin calcium . . . 74
atovaquone . . . 44
atovaquone-proguanil hcl . . . 44
atropine sulfate . . . 122
ATROVENT HFA . . . 127
aubra . . . 96
aubra eq . . . 96
AUGTYRO . . . 30
AUM ALCOHOL PREP PADS . . . 118
AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE . . . 118
AUM PEN NEEDLE . . . 118
aurovela 1.5/30 . . . 96
aurovela 1/20 . . . 96
aurovela fe 1.5/30 . . . 96
aurovela fe 1/20 . . . 96
AURYXIA . . . 86
AUSTEDO . . . 78
AUSTEDO XR . . . 78
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION . . . 78
AUVELITY . . . 19
aviane . . . 96
avidoxy . . . 13
avita . . . 81
AVONEX PEN . . . 79
AVONEX PREFILLED . . . 79
ayuna . . . 96
AYVAKIT . . . 30
azathioprine . . . 110
AZATHIOPRINE SODIUM . . . 110
azelastine hcl . . . 123,126
azithromycin . . . 11
AZITHROMYCIN . . . 11
aztreonam . . . 7
azurette . . . 96

B

bac . . . 78
bacitra-neomycin-polymyxin-hc . . . 122
BACITRACIN . . . 123
bacitracin-polymyxin b . . . 122
baclofen . . . 50,51
balsalazide disodium . . . 116
BALVERSA . . . 35
balziva . . . 97
BAQSIMI ONE PACK . . . 61
BAQSIMI TWO PACK . . . 61
BARACLUDE . . . 51
BCG VACCINE . . . 113
BD INSULIN SYRINGE . . . 118
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC . . . 118
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC . . . 118
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC . . . 118

BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC . . . 118
bekyree . . . 97
benazepril hcl . . . 67
benazepril-hydrochlorothiazide . . . 71
BENLYSTA . . . 109
BENZNIDAZOLE . . . 44
benztropine mesylate . . . 45
BESIVANCE . . . 12
BESREMI . . . 30
betaine . . . 90
betamethasone dipropionate . . . 81,93
betamethasone dipropionate aug . . . 81,93
betamethasone valerate . . . 81
BETASERON . . . 79
betaxolol hcl . . . 68,124
bethanechol chloride . . . 93
BEVESPI AEROSPHERE . . . 130
bexarotene . . . 43
BEXSERO . . . 113
BEYFORTUS . . . 109
bicalutamide . . . 28
BICILLIN L-A . . . 10
BIKTARVY . . . 52
bimatoprost . . . 125
BIOGUARD GAUZE SPONGES . . . 118
bisoprolol fumarate . . . 68
bisoprolol-hydrochlorothiazide . . . 71
BIVIGAM . . . 107
blisovi fe 1.5/30 . . . 97
blisovi fe 1/20 . . . 97
BOOSTRIX . . . 113
bosentan . . . 129
BOSULIF . . . 35
BRAFTOVI . . . 35
BREO ELLIPTA . . . 130
breyna . . . 130
BREZTRI AEROSPHERE . . . 130
briellyn . . . 97
BRILINTA . . . 65
brimonidine tartrate . . . 124,125
brimonidine tartrate-timolol . . . 122
brinzolamide . . . 125
BRIVIACT . . . 13,14
bromocriptine mesylate . . . 45
BRUKINSA . . . 30
budesonide . . . 116,126
budesonide er . . . 116
budesonide-formoterol fumarate . . . 130
bumetanide . . . 73
buprenorphine hcl . . . 5
buprenorphine hcl-naloxone hcl . . . 5
bupropion hcl . . . 19
bupropion hcl er (smoking det) . . . 6,19
bupropion hcl er (sr) . . . 19,20
bupropion hcl er (xl) . . . 20
buspirone hcl . . . 57
butalbital-apap-caff-cod . . . 2
butalbital-apap-caffeine . . . 78
BYLVAY . . . 90
BYLVAY (PELLETS) . . . 90

C

CABENUVA . . . 54
cabergoline . . . 105
CABOMETYX . . . 35
calcipotriene . . . 83
calcitonin (salmon) . . . 116
calcitrene . . . 83
calcitriol . . . 116
CALCITRIOL . . . 116
calcium acetate . . . 86
calcium acetate (phos binder) . . . 86
CALQUENCE . . . 35
camila . . . 103
candesartan cilexetil . . . 66
candesartan cilexetil-hctz . . . 71
CAPLYTA . . . 48
CAPRELSA . . . 36
captopril . . . 67
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE . . . 71
carbamazepine . . . 17
carbamazepine er . . . 17
carbidopa . . . 46
carbidopa-levodopa . . . 46
carbidopa-levodopa er . . . 46
carbidopa-levodopa-entacapone . . . 45
CARETOUCH ALCOHOL PREP . . . 119
carglumic acid . . . 84
carisoprodol . . . 131

CARTEOLOL HCL . . . 124
cartia xt . . . 69
carvedilol . . . 68
caspofungin acetate . . . 24
cataflam . . . 1
CAYSTON . . . 128
caziant . . . 97
CEFACLOR . . . 8
cefadroxil . . . 8
cefazolin sodium . . . 9
cefdinir . . . 9
cefepime hcl . . . 9
cefixime . . . 9
CEFOTAXIME SODIUM . . . 9
cefotetan disodium . . . 9
cefoxitin sodium . . . 9
cefpodoxime proxetil . . . 9
cefprozil . . . 9
ceftazidime . . . 9
ceftriaxone sodium . . . 9
cefuroxime axetil . . . 9
cefuroxime sodium . . . 9
celecoxib . . . 1
cephalexin . . . 9
CERDELGA . . . 90
CEREZYME . . . 91
chateal . . . 97
chateal eq . . . 97
chlorhexidine gluconate . . . 80
chloroquine phosphate . . . 44
chlorpromazine hcl . . . 46
chlorthalidone . . . 73
CHOLBAM . . . 91
cholestyramine . . . 74
cholestyramine light . . . 74
ciclodan . . . 84
ciclopirox . . . 84
ciclopirox olamine . . . 24
cilostazol . . . 65
CILOXAN . . . 12
CIMDUO . . . 53
cimetidine . . . 89
cimetidine hcl . . . 89
cinacalcet hcl . . . 116,117
ciprofloxacin . . . 12
ciprofloxacin hcl . . . 12,125
CIPROFLOXACIN HCL . . . 12
ciprofloxacin in d5w . . . 12
ciprofloxacin-dexamethasone . . . 125
citalopram hydrobromide . . . 20
claravis . . . 81
CLARITHROMYCIN . . . 11
clarithromycin . . . 11
clarithromycin er . . . 11
clindacin etz . . . 7
clindacin-p . . . 7
clindamycin hcl . . . 7
clindamycin palmitate hcl . . . 7
clindamycin phosphate . . . 7,84
clindamycin phosphate in d5w . . . 7
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL . . . 7
clobazam . . . 16
clobetasol prop emollient base . . . 81,93
clobetasol propionate . . . 81
clobetasol propionate e . . . 93
clomipramine hcl . . . 22
clonazepam . . . 57
clonidine . . . 66
clonidine hcl . . . 66
clonidine hcl er . . . 77
clopidogrel bisulfate . . . 65
clorazepate dipotassium . . . 58
clotrimazole . . . 24
clotrimazole-betamethasone . . . 83
clovique . . . 86
clozapine . . . 50
COARTEM . . . 44
CODEINE SULFATE . . . 2,3
codeine sulfate . . . 2
colchicine . . . 26
colchicine-probenecid . . . 26
colesevelam hcl . . . 74
colestipol hcl . . . 75
colistimethate sodium (cba) . . . 7
COMBIVENT RESPIMAT . . . 130
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) . . . 36
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) . . . 36
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . . . 36
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES . . . 119
COMPLERA . . . 52

compro . . . 23
constulose . . . 88
COPIKTRA . . . 36
CORLANOR . . . 71
CORTISONE ACETATE . . . 93
CORTISPORIN-TC . . . 125
CORTROPHIN . . . 93
COTELLIC . . . 36
CREON . . . 91
CRESEMBA . . . 24
CRIXIVAN . . . 55
cromolyn sodium . . . 91,123,128
cryselle-28 . . . 97
CRYSVITA . . . 84
CVS ALCOHOL PREP PADS . . . 119
CVS ANTIBACTERIAL GAUZE . . . 119
cvs isopropyl alcohol wipes . . . 119
cyclafem 1/35 . . . 97
cyclafem 7/7/7 . . . 97
cyclobenzaprine hcl . . . 131
CYCLOPHOSPHAMIDE . . . 28
cyclosporine . . . 110
cyclosporine modified . . . 110
cyproheptadine hcl . . . 126
cyred . . . 97
cyred eq . . . 97
CYSTAGON . . . 91
CYSTARAN . . . 91

D

dabigatran etexilate mesylate . . . 63
dalfampridine er . . . 79
danazol . . . 96
dantrolene sodium . . . 51
dapsone . . . 27
DAPTACEL . . . 113
daptomycin . . . 7
darunavir . . . 55
dasatinib . . . 36
dasetta 1/35 . . . 97
dasetta 7/7/7 . . . 97
DAURISMO . . . 36
deblitane . . . 103
decadron . . . 93
deferasirox . . . 86
DELSTRIGO . . . 52
delyla . . . 97
DENGVAXIA . . . 113
DEPO-ESTRADIOL . . . 97
DEPO-SUBQ PROVERA 104 . . . 103
depo-testosterone . . . 96
DERMOTIC . . . 125
DESCOVY . . . 53
desipramine hcl . . . 22
desmopressin ace spray refrig . . . 95
desmopressin acetate . . . 95
desmopressin acetate pf . . . 95
desmopressin acetate spray . . . 95
desogestrel-ethinyl estradiol . . . 97
desonide . . . 81
desoximetasone . . . 82
desvenlafaxine succinate er . . . 20,21
dexamethasone . . . 93
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID . . . 93
dexamethasone sod phosphate pf . . . 93
dexamethasone sodium phosphate . . . 93,94
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE . . . 124
dexmethylphenidate hcl . . . 77
dextroamphetamine sulfate . . . 76,77
dextroamphetamine sulfate er . . . 77
dextrose . . . 87
dextrose in lactated ringers . . . 87
dextrose-sodium chloride . . . 87
DIACOMIT . . . 14
diazepam . . . 16,58
DIAZEPAM . . . 16
diazepam intensol . . . 58
diazoxide . . . 61
diclofenac potassium . . . 1
diclofenac sodium . . . 1,83,124
diclofenac sodium er . . . 1
dicloxacillin sodium . . . 10
dicyclomine hcl . . . 89
DIDANOSINE . . . 53
DIFICID . . . 11
diflunisal . . . 1
digitek . . . 71
digox . . . 72
digoxin . . . 72

dihydroergotamine mesylate 26
DILANTIN 17
DILANTIN INFATABS 18
dilt-xr 69
diltiazem hcl 69
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule 69
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule 70
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule 70
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule 70
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule 70
diltiazem hcl er 70
diltiazem hcl er beads 70
dimethyl fumarate 79
dimethyl fumarate starter pack 79
diphenoxylate-atropine 88
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 88
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT 113
dipyridamole 65
disulfiram 5
divalproex sodium 14
divalproex sodium er 14
dofetilide 67
donepezil hcl 19
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg 19
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg 19
dorzolamide hcl 125
dorzolamide hcl-timolol mal 122
dotti 97
DOVATO 52
doxazosin mesylate 66
doxepin hcl 22
doxercalciferol 117
doxy 100 13
doxycycline hyclate 13
doxycycline monohydrate 13
DRIZALMA SPRINKLE 78
dronabinol 23
DROPLET MICRON 119
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE . . 119
drospirenone-ethinyl estradiol 97
DROXIA 30
droxidopa 66
duloxetine hcl 78
DUPIXENT 109
dutasteride 92

E

E.E.S. 400 12
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 119
EASY COMFORT PEN NEEDLES 119
ec-naproxen 1
econazole nitrate 24
EDURANT 53
EFAVIRENZ 53
efavirenz 53
efavirenz-emtricitab-tenofo df 53
efavirenz-lamivudine-tenofovir 53
EGRIFTA SV 95
elinest 97
ELIQUIS 63
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 63
eluryng 98
EMBRACE PEN NEEDLES 119
EMCYT 30
emoquette 98
EMSAM 20
emtricitabine 54
emtricitabine-tenofovir df 54
EMTRIVA 54
enalapril maleate 67
enalapril-hydrochlorothiazide 72
ENBREL 110
ENBREL MINI 110
ENBREL SURECLICK 111
endocet 3
ENGERIX-B 113
enilloring 98
enoxaparin sodium 63
enpresse-28 98
enskyce 98
entacapone 45
entecavir 51
ENTRESTO 72

enulose . . . 88
ENVARSUS XR . . . 111
EPCLUSA . . . 51
EPIDIOLEX . . . 14
epinephrine . . . 127
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) . . . 127
epitol . . . 18
EPIVIR HBV . . . 51
eplerenone . . . 73
EPRONTIA . . . 14
EPROSARTAN MESYLATE . . . 66
ERIVEDGE . . . 36
ERLEADA . . . 29
erlotinib hcl . . . 36,37
errin . . . 103
ertapenem sodium . . . 11
ERY . . . 84
erythrocin lactobionate . . . 12
erythromycin . . . 84,123
erythromycin base . . . 12
ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE . . . 12
erythromycin lactobionate . . . 12
escitalopram oxalate . . . 21
estarylla . . . 98
estazolam . . . 131
estradiol . . . 98
ESTRING . . . 98
eszopiclone . . . 131
ethambutol hcl . . . 27
ethosuximide . . . 16
ethynodiol diac-eth estradiol . . . 98
etodolac . . . 1
etodolac er . . . 1
etonogestrel-ethinyl estradiol . . . 98
etravirine . . . 53
euthyrox . . . 105
everolimus . . . 37,111
EVOTAZ . . . 55
exemestane . . . 34
EXKIVITY . . . 31
EXTAVIA . . . 79
ezetimibe . . . 75
ezetimibe-simvastatin . . . 75

F

falmina . . . 98
famciclovir . . . 57
famotidine . . . 89
FANAPT . . . 48
FANAPT TITRATION PACK . . . 48
FARXIGA . . . 59
felbamate . . . 14
felodipine er . . . 69
femynor . . . 98
fenofibrate . . . 74
fenofibrate micronized . . . 74
fenofibric acid . . . 74
fentanyl . . . 2
fentanyl citrate . . . 3
FETZIMA . . . 21
FETZIMA TITRATION . . . 21
finasteride . . . 92
fingolimod hcl . . . 79
FINTEPLA . . . 14
FIRMAGON . . . 106
FIRMAGON (240 MG DOSE) . . . 106
FLEBOGAMMA DIF . . . 107
flecainide acetate . . . 67
fluconazole . . . 24
fluconazole in sodium chloride . . . 25
flucytosine . . . 25
fludrocortisone acetate . . . 94
flunisolide . . . 126
fluocinolone acetonide . . . 82
fluocinolone acetonide body . . . 82
fluocinolone acetonide scalp . . . 82
fluocinonide . . . 82
fluocinonide emulsified base . . . 82
fluorometholone . . . 124
fluorouracil . . . 83
fluoxetine hcl . . . 21
FLUOXETINE HCL . . . 21
fluphenazine decanoate . . . 46
FLUPHENAZINE HCL . . . 46
flurbiprofen . . . 1
FLURBIPROFEN SODIUM . . . 124
flutamide . . . 29
fluticasone propionate . . . 82,126

fluticasone-salmeterol....130
FLUTICASONE-SALMETEROL....130
fluvastatin sodium....74
fluvastatin sodium er....74
fluvoxamine maleate....21
fondaparinux sodium....63,64
FORTEO....117
fosamprenavir calcium....55
fosinopril sodium....67
fosinopril sodium-hctz....72
FOTIVDA....31
FREAMINE III....85
FRUZAQLA....37
fulvestrant....30
furosemide....73
FUROSEMIDE....73
FUZEON....55
fyavolv....98
FYCOMPA....14

G

gabapentin....16
GAMMAGARD....108
GAMMAGARD S/D LESS IGA....108
GAMMAKED....108
GAMMAPLEX....108
GAMUNEX-C....108
GARDASIL 9....113
GATTEX....89
gauze pads 2....119
GAVILYTE-C....89
gavilyte-g....89
gavilyte-n with flavor pack....88
GAVRETO....37
gefitinib....37
gemfibrozil....74
GEMTESA....92
generlac....88
gengraf....111
GENOTROPIN....95
GENOTROPIN MINIQUICK....95
GENTAK....123
gentamicin sulfate....6,123
GENVOYA....52
gianvi....98
GILOTRIF....37
glatiramer acetate....79
GLEOSTINE....28
glimepiride....59
glipizide....59
glipizide er....59
glipizide xl....59
glipizide-metformin hcl....59
GLUCAGEN HYPOKIT....61
GLUCAGON EMERGENCY....61
glyburide....59
GLYBURIDE MICRONIZED....59
glyburide-metformin....59
glycopyrrolate....89
GLYXAMBI....59
GOLYTELY....89
granisetron hcl....23
griseofulvin microsize....25
griseofulvin ultramicrosize....25
guanfacine hcl....66
guanfacine hcl er....77
GUANIDINE HCL....27

H

HADLIMA....111
HADLIMA PUSHTOUCH....111
HAEGARDA....107
hailey 1.5/30....98
hailey fe 1.5/30....98
hailey fe 1/20....99
halobetasol propionate....82
haloette....99
haloperidol....46
haloperidol decanoate....46
haloperidol lactate....47
HARVONI....52
HAVRIX....114
heather....103
HEMADY....94
heparin sodium (porcine)....64
heparin sodium (porcine) pf....64
HEPATAMINE....85
HEPLISAV-B....114
HIBERIX....114
HIZENTRA....108

HUMALOG 61
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 61
HUMALOG KWIKPEN 61
HUMALOG MIX 50/50 61
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 62
HUMALOG MIX 75/25 62
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 62
HUMIRA 111
HUMIRA (2 PEN) 111
HUMIRA (2 SYRINGE) 111
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 111
HUMIRA-PED<40KG CROHNS STARTER . . 111
HUMIRA-PED>/=40KG CROHNS START . . 111
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER 112
HUMIRA-PS/UV/ADOL HS STARTER 112
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 112
HUMULIN 70/30 62
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 62
HUMULIN N 62
HUMULIN N KWIKPEN 62
HUMULIN R 62
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) . . . 62
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 62
hydralazine hcl 75
hydrochlorothiazide 73
hydrocodone-acetaminophen 3
hydrocortisone 82,116
hydrocortisone (perianal) 82
HYDROCORTISONE BUTYRATE 82
hydrocortisone butyrate 94
hydrocortisone valerate 82,94
hydrocortisone-acetic acid 125
hydromorphone hcl 3
hydroxychloroquine sulfate 44
HYDROXYPROGESTERONE CAPROATE . 103
hydroxyurea 30
hydroxyzine hcl 126

I

ibandronate sodium 117
IBRANCE 37
ibu 1
ibuprofen 1
icatibant acetate 107
iclevia 99
ICLUSIG 37
icosapent ethyl 75
IDHIFA 31
ILARIS 109
ILEVRO 124
imatinib mesylate 37
IMBRUVICA 37,38
imipenem-cilastatin 11
imipramine hcl 22
imiquimod 83
IMOVAX RABIES 114
incassia 103
INCRELEX 95
indapamide 74
indomethacin 1
INFANRIX 114
INGREZZA 78
INLYTA 38
INQOVI 30
INREBIC 31
INSULIN LISPRO 62
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 62
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 62
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 62
INSULIN PEN NEEDLES 119
INSULIN PEN NEEDLES 119
INSULIN SYRINGE 0.3 ML 119
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 119
INSULIN SYRINGE 1 ML 119
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 120
INSUPEN PEN NEEDLES 120
INTELENCE 53
INTRALIPID 85
INTRON A 110
introvale 99
INVEGA HAFYERA 48
INVEGA SUSTENNA 48
INVEGA TRINZA 48,49
IPOL 114
ipratropium bromide 127
ipratropium-albuterol 130
irbesartan 66
irbesartan-hydrochlorothiazide 72
ISENTRESS 52
ISENTRESS HD 52

isibloom 99
isoniazid 27
ISONIAZID 27
isopropyl alcohol 120
isopropyl alcohol wipes 120
isosorbide dinitrate 75
isosorbide mononitrate 75
isosorbide mononitrate er 75
isotretinoin 81
itraconazole 25
ivabradine hcl 72
ivermectin 44
IWILFIN 120
IXCHIQ 114
IXIARO 114

J

JAKAFI 38
jantoven 64
JANUMET 59
JANUMET XR 59
JANUVIA 59
JARDIANCE 59
jasmiel 99
javygtor 91
JAYPIRCA 38
jencycla 104
JENTADUETO 59
JENTADUETO XR 60
jinteli 99
jolessa 99
juleber 99
JULUCA 52
junel 1.5/30 99
junel 1/20 99
junel fe 1.5/30 99
junel fe 1/20 99
JYNNEOS 114

K

kalliga 99
KALYDECO 128
kariva 99
kcl in dextrose-nacl 85
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 87
kelnor 1/35 99
kelnor 1/50 99
KEPIVANCE 80
KERENDIA 60
ketoconazole 25
ketorolac tromethamine 124
KINRIX 114
kionex 86
KISQALI (200 MG DOSE) 38
KISQALI (400 MG DOSE) 38
KISQALI (600 MG DOSE) 38
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 31
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 31
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 31
klayesta 25
klor-con 85
klor-con 10 85
klor-con m10 85
klor-con m15 85
klor-con m20 85
klor-con sprinkle 85
KOSELUGO 31
kourzeq 80
KRAZATI 31
kurvelo 99

L

l-glutamine 91
labetalol hcl 68
lacosamide 18
lactated ringers 87
lactulose 88
lactulose encephalopathy 88
LAGEVRIO 120
lamivudine 51,54
lamivudine-zidovudine 54
lamotrigine 14
LANREOTIDE ACETATE 106
lansoprazole 90
LANTUS 62
LANTUS SOLOSTAR 62
lapatinib ditosylate 38
larin 1.5/30 99
larin 1/20 99
larin fe 1.5/30 99

larin fe 1/20 . . . 99
larissia . . . 99
latanoprost . . . 125
LAZCLUZE . . . 34
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR . . . 52
leena . . . 99
leflunomide . . . 112
lenalidomide . . . 29
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) . . . 38
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) . . . 38
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) . . . 38
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) . . . 38
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) . . . 39
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) . . . 39
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) . . . 39
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) . . . 39
lessina . . . 99
letrozole . . . 34
leucovorin calcium . . . 31
LEUKERAN . . . 28
leuprolide acetate . . . 106
levalbuterol hcl . . . 128
LEVALBUTEROL TARTRATE . . . 128
levetiracetam . . . 14
levetiracetam er . . . 14
levo-t . . . 105
LEVOBUNOLOL HCL . . . 124
levocarnitine . . . 87
levocetirizine dihydrochloride . . . 126
levofloxacin . . . 12
LEVOFLOXACIN . . . 123
levofloxacin in d5w . . . 12
levonest . . . 99
levonorg-eth estrad triphasic . . . 99
levonorgest-eth estrad 91-day . . . 100
levonorgestrel-ethinyl estrad . . . 100
levora 0.15/30 (28) . . . 100
levothyroxine sodium . . . 105
levoxyl . . . 105
LEXIVA . . . 55
LIBERVANT . . . 16
lidocaine . . . 4
lidocaine hcl . . . 4
lidocaine viscous hcl . . . 4
lidocaine-prilocaine . . . 4
lidocan . . . 4
lillow . . . 100
LINDANE . . . 84
linezolid . . . 7
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE . . . 7
LINZESS . . . 88
liothyronine sodium . . . 105
lisinopril . . . 67
lisinopril-hydrochlorothiazide . . . 72
lithium . . . 58
lithium carbonate . . . 58
lithium carbonate er . . . 58
lo-zumandimine . . . 100
loestrin 1.5/30 (21) . . . 100
loestrin 1/20 (21) . . . 100
loestrin fe 1.5/30 . . . 100
loestrin fe 1/20 . . . 100
LONSURF . . . 31
loperamide hcl . . . 89
lopinavir-ritonavir . . . 55,56
lorazepam . . . 58
lorazepam intensol . . . 58
LORBRENA . . . 39
loryna . . . 100
losartan potassium . . . 66
losartan potassium-hctz . . . 72
loteprednol etabonate . . . 124
lovastatin . . . 74
low-ogestrel . . . 100
loxapine succinate . . . 47
lubiprostone . . . 88
LUMAKRAS . . . 32
LUMIGAN . . . 125
LUPRON DEPOT (1-MONTH) . . . 106
LUPRON DEPOT (3-MONTH) . . . 106
LUPRON DEPOT (4-MONTH) . . . 106
LUPRON DEPOT (6-MONTH) . . . 106
lurasidone hcl . . . 49
lutera . . . 100
LYBALVI . . . 20
lyleq . . . 104
lyllana . . . 100
LYNPARZA . . . 39
LYSODREN . . . 32
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) . . . 39

LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 39
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 39
lyza 104

M

M-M-R II 114
magnesium sulfate 85
malathion 84
MAPROTILINE HCL 20
maraviroc 55
marlissa 100
MARPLAN 20
MATULANE 28
matzim la 70
MAVYRET 52
meclizine hcl 23
medpura alcohol pads 120
medroxyprogesterone acetate 104
mefloquine hcl 44
megestrol acetate 104
MEKINIST 39
MEKTOVI 39
meloxicam 1
memantine hcl 19
memantine hcl er 19
MENACTRA 114
MENEST 100
MENQUADFI 114
MENVEO 114
meprobamate 57
mercaptopurine 30
meropenem 11
mesalamine 116
mesalamine er 116
mesna 43
MESNEX 43
metformin hcl 60
metformin hcl er 60
methadone hcl 2
methazolamide 125
methenamine hippurate 7
methergine 120
methimazole 107
methocarbamol 131
METHOTREXATE SODIUM 112
methotrexate sodium 112
methotrexate sodium (pf) 112
methsuximide 16
methyldopa 66
methylergonovine maleate 120
methylphenidate hcl 77
methylphenidate hcl er 77
methylprednisolone 94
methylprednisolone acetate 94
methylprednisolone sodium succ 94
metoclopramide hcl 23
metolazone 74
metoprolol succinate er 68
metoprolol tartrate 68
metoprolol-hydrochlorothiazide 72
metronidazole 8
metyrosine 72
mexiletine hcl 67
micafungin sodium 25
MICONAZOLE 3 25
microgestin 1.5/30 100
microgestin 1/20 100
microgestin fe 1.5/30 100
microgestin fe 1/20 100
midodrine hcl 66
mifepristone 94
MIGERGOT 26
miglitol 60
miglustat 91
mili 100
minitran 76
minocycline hcl 13
minoxidil 75
mirtazapine 20
misoprostol 90
modafinil 132
moexipril hcl 67
MOLINDONE HCL 47
mometasone furoate 82,94
mondoxyne nl 13
mono-linyah 100
montelukast sodium 126
morgidox 13
morphine sulfate 3
morphine sulfate (concentrate) 3

morphine sulfate er . . . 2
MOUNJARO . . . 60
MOVANTIK . . . 88
moxifloxacin hcl . . . 12,123
MOXIFLOXACIN HCL . . . 12
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) . . . 123
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL . . . 12
MRESVIA . . . 114
MULTAQ . . . 68
mupirocin . . . 84
MYALEPT . . . 89
mycophenolate mofetil . . . 112
mycophenolate mofetil hcl . . . 112
mycophenolate sodium . . . 112
mycophenolic acid . . . 112
myorisan . . . 81
MYRBETRIQ . . . 92

N

na sulfate-k sulfate-mg sulf . . . 88
nabumetone . . . 1
nadolol . . . 68
nafcillin sodium . . . 10
nafrinse . . . 87
NAGLAZYME . . . 91
naloxone hcl . . . 5
naltrexone hcl . . . 6
naproxen . . . 1
naproxen dr . . . 1
naratriptan hcl . . . 26
NATACYN . . . 123
nateglinide . . . 60
NATPARA . . . 117
NAYZILAM . . . 4
nebivolol hcl . . . 68
necon 0.5/35 (28) . . . 101
NEFAZODONE HCL . . . 21
neo-polycin . . . 122
neo-polycin hc . . . 122
neomycin sulfate . . . 6
neomycin-bacitracin zn-polymyx . . . 122
neomycin-polymyxin-dexameth . . . 122
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN . . . 122
neomycin-polymyxin-hc . . . 126
NERLYNX . . . 40
nevirapine . . . 53
NEVIRAPINE . . . 53
NEVIRAPINE ER . . . 53
nevirapine er . . . 53
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) . . . 75
niacin er (antihyperlipidemic) . . . 75
NIACOR . . . 75
nicardipine hcl . . . 69
NICOTROL . . . 6
NICOTROL NS . . . 6
nifedipine . . . 69
nifedipine er . . . 69
nifedipine er osmotic release . . . 69
nikki . . . 101
nilutamide . . . 29
nimodipine . . . 69
NINLARO . . . 32
nitazoxanide . . . 44
nitisinone . . . 91
NITRO-BID . . . 76
nitrofurantoin macrocrystal . . . 8
nitrofurantoin monohyd macro . . . 8
nitroglycerin . . . 76
NITROSTAT . . . 76
NIZATIDINE . . . 89
nora-be . . . 104
norethin ace-eth estrad-fe . . . 101
norethin-eth estradiol-fe . . . 101
norethindrone . . . 104
norethindrone acet-ethinyl est . . . 101
norethindrone acetate . . . 104
norethindrone-eth estradiol . . . 101
norgestim-eth estrad triphasic . . . 101
norgestimate-eth estradiol . . . 101
norlyda . . . 104
norlyroc . . . 104
NORMOSOL-M IN D5W . . . 85
nortrel 0.5/35 (28) . . . 101
nortrel 1/35 (21) . . . 101
nortrel 1/35 (28) . . . 101
nortrel 7/7/7 . . . 101
nortriptyline hcl . . . 22
NORVIR . . . 56
NovoFine 32G X 6 MM MISC . . . 120
NOVOLIN 70/30 . . . 62

NOVOLIN 70/30 RELION....62
NOVOLIN N....63
NOVOLIN N RELION....63
NOVOLIN R....63
NOVOLIN R RELION....63
NovoTwist 32G X 5 MM MISC....120
NUBEQA....29
NUCALA....130
NULYTELY LEMON-LIME....88
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS....88
NUPLAZID....49
NURTEC....26
NUTRILIPID....85
nyamyc....25
nylia 1/35....101
nylia 7/7/7....101
NYMALIZE....69
nymyo....101
nystatin....25
nystatin-triamcinolone....83
nystop....25

O

ocella....101
octreotide acetate....106
OCTREOTIDE ACETATE....106
ODEFSEY....53
ODOMZO....40
OFEV....129
ofloxacin....12,123,126
OGSIVEO....32
OJEMDA....34
OJJAARA....34
olanzapine....49
olmesartan medoxomil....66
olmesartan medoxomil-hctz....72
olmesartan-amlodipine-hctz....72
olopatadine hcl....123
omega-3-acid ethyl esters....75
omeprazole....90
OMNITROPE....95
ondansetron....23
ONDANSETRON HCL....24
ondansetron hcl....24
ONUREG....32
OPSUMIT....129
OPVEE....120
oralone....80
ORGOVYX....106
ORSERDU....29
orsythia....101
oseltamivir phosphate....56
OSPHENA....104
OTEZLA....83,109
oxandrolone....95
oxcarbazepine....18
oxybutynin chloride....92
oxybutynin chloride er....92
oxycodone hcl....4
oxycodone-acetaminophen....4
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)....60
OZEMPIC (1 MG/DOSE)....60
OZEMPIC (2 MG/DOSE)....60

P

pacerone....68
paliperidone er....49
PANRETIN....43
pantoprazole sodium....90
paricalcitol....117
paroex....80
paromomycin sulfate....6
paroxetine hcl....21
PASER....28
PAXLOVID (150/100)....120
PAXLOVID (300/100)....120
pazopanib hcl....40
PEDIARIX....114
PEDVAX HIB....114
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl....88
peg-3350/electrolytes....89
PEGASYS....110
PEMAZYRE....40
PEN NEEDLES....120
PENBRAYA....114
penicillamine....93
penicillin g potassium....10
PENICILLIN G SODIUM....11
penicillin v potassium....11
PENTACEL....114

pentamidine isethionate . . . 44
pentoxifylline er . . . 72
perindopril erbumine . . . 67
periogard . . . 80
permethrin . . . 84
perphenazine . . . 23
PERSERIS . . . 49
PFIZERPEN . . . 11
phenelzine sulfate . . . 20
phenobarbital . . . 16
phenytek . . . 18
phenytoin . . . 18
phenytoin infatabs . . . 18
phenytoin sodium extended . . . 18
philith . . . 101
PHOSPHOLINE IODIDE . . . 125
PIFELTRO . . . 53
pilocarpine hcl . . . 80,125
PIMOZIDE . . . 47
pimtrea . . . 101
pindolol . . . 69
pioglitazone hcl . . . 60
piperacillin sod-tazobactam so . . . 11
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) . . . 40
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) . . . 40
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) . . . 40
pirfenidone . . . 129
PIRFENIDONE . . . 129
pirmella 1/35 . . . 101
pirmella 7/7/7 . . . 101
piroxicam . . . 1
PLEGRIDY . . . 79
PLEGRIDY STARTER PACK . . . 79
PLENVU . . . 88
podofilox . . . 83
polycin . . . 123
polymyxin b-trimethoprim . . . 123
POMALYST . . . 29
portia-28 . . . 102
posaconazole . . . 25
potassium chloride . . . 85
potassium chloride crys er . . . 85
potassium chloride er . . . 85
potassium chloride in dextrose . . . 87
potassium chloride in nacl . . . 85
potassium citrate er . . . 86
pramipexole dihydrochloride . . . 45
prasugrel hcl . . . 65
pravastatin sodium . . . 74
praziquantel . . . 44
prazosin hcl . . . 66
prednisolone . . . 94
prednisolone acetate . . . 124
prednisolone sodium phosphate . . . 94
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE . . . 124
prednisone . . . 94
PREDNISONE INTENSOL . . . 94
pregabalin . . . 79
PREHEVBRIO . . . 114
PREMARIN . . . 102
PREMASOL . . . 86
premium lidocaine . . . 5
PREMPHASE . . . 102
PREMPRO . . . 102
prenatal vitamins . . . 87
prevalite . . . 75
previfem . . . 102
PREVYMIS . . . 51
PREZCOBIX . . . 56
PREZISTA . . . 56
PRIFTIN . . . 28
primaquine phosphate . . . 44
primidone . . . 16
PRIORIX . . . 114
PRIVIGEN . . . 108
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 120
probenecid . . . 26
prochlorperazine . . . 23
prochlorperazine maleate . . . 23
procto-med hc . . . 82
procto-pak . . . 82
proctosol hc . . . 82
proctozone-hc . . . 82
PROCYSBI . . . 91
progesterone . . . 104
PROGRAF . . . 112
PROLASTIN-C . . . 91
PROLENSA . . . 124
PROLIA . . . 117
PROMACTA . . . 65

promethazine hcl....23,126
propafenone hcl....68
propranolol hcl....69
PROPRANOLOL HCL....69
propranolol hcl er....69
PROPRANOLOL-HCTZ....72
propylthiouracil....107
PROQUAD....114
protriptyline hcl....22
PULMICORT FLEXHALER....126
PULMOZYME....128
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE....120
PURIXAN....30
pyrazinamide....28
pyridostigmine bromide....27
pyrimethamine....45

Q

qc alcohol....121
QINLOCK....32
QUADRACEL....114
quetiapine fumarate....49
quetiapine fumarate er....49
quinapril hcl....67
quinapril-hydrochlorothiazide....72
quinidine sulfate....68
quinine sulfate....45
QVAR REDIHALER....126

R

ra isopropyl alcohol wipes....121
RABAVERT....115
rabeprazole sodium....90
raloxifene hcl....104
ramelteon....131
ramipril....67
ranolazine er....73
rasagiline mesylate....46
REBIF....79
REBIF REBIDOSE....79
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK....80
REBIF TITRATION PACK....80
reclipsen....102
RECOMBIVAX HB....115
REGRANEX....83
relafen....2
RELENZA DISKHALER....56
RELISTOR....88
repaglinide....60
REPATHA....75
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM....75
REPATHA SURECLICK....75
RESTASIS....123
RESTASIS MULTIDOSE....123
RETACRIT....65
RETEVMO....32
REVLIMID....29
REXULTI....49
REYATAZ....56
REZLIDHIA....40
REZUROCK....112
RHOPRESSA....125
ribavirin....52,130
rifabutin....27
rifampin....28
RIFATER....28
riluzole....78
RIMANTADINE HCL....56
ringers....87
ringers irrigation....87
RINVOQ....112,113
RINVOQ LQ....113
risedronate sodium....117
risperidone....49,50
risperidone microspheres er....50
ritonavir....56
rivastigmine....19
rivastigmine tartrate....19
rizatriptan benzoate....26
ROCKLATAN....123
roflumilast....128
ropinirole hcl....45
rosadan....8
rosuvastatin calcium....74
ROTARIX....115
ROTATEQ....115
roweepra....14
roweepra xr....15
ROZLYTREK....32
RUBRACA....40

rufinamide 18
RUKOBIA 55
RYBELSUS 60
RYDAPT 40

S

sajazir 107
SANDIMMUNE 113
SANDOSTATIN LAR DEPOT 106
SANTYL 83
sapropterin dihydrochloride 91
SCEMBLIX 40
scopolamine 23
SECUADO 50
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 121
selegiline hcl 46
selenium sulfide 82
SELZENTRY 55
SEREVENT DISKUS 128
sertraline hcl 21
setlakin 102
sevelamer carbonate 86
sharobel 104
SHINGRIX 115
SIGNIFOR 106
sildenafil citrate 129
SILIGENTLE FOAM DRESSING 121
silodosin 93
silver sulfadiazine 83
simliya 102
simvastatin 74
sirolimus 113
SIRTURO 28
SKYRIZI 83,89,109
SKYRIZI (150 MG DOSE) 109
SKYRIZI PEN 109
SMOFLIPID 87
sodium chloride 86
sodium chloride (pf) 86
sodium fluoride 87
sodium phenylbutyrate 91
sodium polystyrene sulfonate 86
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 52
solifenacin succinate 92
SOLTAMOX 30
SOMATULINE DEPOT 106
SOMAVERT 106
sorafenib tosylate 40
sorine 68
sotalol hcl 68
sotalol hcl (af) 68
SPIRIVA HANDIHALER 127
SPIRIVA RESPIMAT 127
spironolactone 73
spironolactone-hctz 73
sprintec 28 102
SPRITAM 15
SPRYCEL 40,41
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 86
sronyx 102
ssd 83
stavudine 54
STELARA 84,109
sterile water for irrigation 121
STIVARGA 41
STRENSIQ 91,92
STREPTOMYCIN SULFATE 6
STRIBILD 52
subvenite 15
sucralfate 90
sulfacetamide sodium 124
sulfacetamide sodium (acne) 13
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 123
sulfadiazine 13
sulfamethoxazole-trimethoprim 13
SULFAMYLON 84
sulfasalazine 116
sulindac 2
sumatriptan 27
sumatriptan succinate 27
sumatriptan succinate refill 27
sunitinib malate 41
SUNLENCA 55
SURE COMFORT PEN NEEDLES 121
syeda 102
SYMDEKO 128
SYMPAZAN 16
SYMTUZA 56
SYNAREL 106
SYNERCID 8

SYNJARDY 60
SYNJARDY XR 61
SYNRIBO 33
SYNTHROID 105

T

TABLOID 30
TABRECTA 33
tacrolimus 82,113
tadalafil (pah) 129
TAFINLAR 41
TAGRISSO 41
TALTZ 109
TALZENNA 41
tamoxifen citrate 30
tamsulosin hcl 93
tarina fe 1/20 102
tarina fe 1/20 eq 102
TASIGNA 41
tasimelteon 131
tazarotene 81
TAZICEF 10
TAZORAC 81
taztia xt 70
TAZVERIK 33
TDVAX 115
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 121
TEFLARO 10
telmisartan 67
telmisartan-hctz 73
temazepam 131
TEMIXYS 54
TENIVAC 115
tenofovir disoproxil fumarate 54
TEPMETKO 41
terazosin hcl 66
terbinafine hcl 25
terconazole 25
teriflunomide 80
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 117
testosterone 96
testosterone cypionate 96
TESTOSTERONE ENANTHATE 96
tetrabenazine 78
tetracycline hcl 13
THALOMID 29
theophylline er 129
thioridazine hcl 47
thiotepa 28
thiothixene 47
tiadylt er 70
tiagabine hcl 17
TIBSOVO 41
TICOVAC 115
tigecycline 8
timolol maleate 26,124
tis-u-sol 87
TIVICAY 52
TIVICAY PD 52
tizanidine hcl 51
TOBI PODHALER 128
tobramycin 124,128
tobramycin sulfate 6
tobramycin-dexamethasone 123
TOLAK 84
tolterodine tartrate 92
tolterodine tartrate er 92
topiramate 15
toremifene citrate 30
torsemide 73
TOUJEO MAX SOLOSTAR 63
TOUJEO SOLOSTAR 63
TPN ELECTROLYTES 87
TRACLEER 129
TRADJENTA 61
tramadol hcl 4
tramadol-acetaminophen 4
trandolapril 67
tranexamic acid 65
tranylcypromine sulfate 20
TRAVASOL 86
travoprost (bak free) 125
trazodone hcl 21
TRECATOR 28
TRELEGY ELLIPTA 130
TRELSTAR MIXJECT 107
tretinoin 43,81
tri femynor 102
tri-estarylla 102
tri-linyah 102

tri-mili . . . 102
tri-nymyo . . . 102
tri-previfem . . . 102
tri-sprintec . . . 102
tri-vylibra . . . 102
triamcinolone acetonide . . . 80,83
triamterene-hctz . . . 73
triazolam . . . 131
triderm . . . 83
trientine hcl . . . 86
TRIENTINE HCL . . . 86
trifluoperazine hcl . . . 47
TRIFLURIDINE . . . 57
trihexyphenidyl hcl . . . 45
TRIKAFTA . . . 128
trilyte . . . 88
trimethoprim . . . 8
trimipramine maleate . . . 22
TRINTELLIX . . . 21
TRIUMEQ . . . 54
TRIUMEQ PD . . . 54
trivora (28) . . . 103
TRIZIVIR . . . 54
TROPHAMINE . . . 86
trospium chloride . . . 92
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE . . . 121
TRUE COMFORT PEN NEEDLES . . . 121
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES . . . 121
TRULICITY . . . 61
TRUMENBA . . . 115
TRUQAP . . . 34
TUKYSA . . . 41
tulana . . . 104
TURALIO . . . 42
turqoz . . . 103
TWINRIX . . . 115
TYBOST . . . 55
TYMLOS . . . 117
TYPHIM VI . . . 115
TYSABRI . . . 80

U

UBRELVY . . . 26
UKONIQ . . . 42
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE . . . 121
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE . . . 121
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE . . . 121
unithroid . . . 105
ursodiol . . . 89

V

valacyclovir hcl . . . 57
VALCHLOR . . . 28
valganciclovir hcl . . . 51
valproate sodium . . . 15
valproic acid . . . 15
valsartan . . . 67
valsartan-hydrochlorothiazide . . . 73
VALTOCO 10 MG DOSE . . . 17
VALTOCO 15 MG DOSE . . . 17
VALTOCO 20 MG DOSE . . . 17
VALTOCO 5 MG DOSE . . . 17
vanadom . . . 131
vancomycin hcl . . . 8
VANDAZOLE . . . 8
VANFLYTA . . . 33
VAQTA . . . 115
varenicline tartrate . . . 6
varenicline tartrate (starter) . . . 6
varenicline tartrate(continue) . . . 6
VARIVAX . . . 115
VAXCHORA . . . 115
VELIVET . . . 103
VELTASSA . . . 87
VEMLIDY . . . 51
VENCLEXTA . . . 42
VENCLEXTA STARTING PACK . . . 42
venlafaxine hcl . . . 21
venlafaxine hcl er . . . 22
VENTAVIS . . . 129
verapamil hcl . . . 70
VERAPAMIL HCL ER . . . 70
verapamil hcl er . . . 70
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE . . . 121
VERIFINE INSULIN SYRINGE . . . 122
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE . . . 122
VERQUVO . . . 73
VERSACLOZ . . . 50
VERZENIO . . . 42
vestura . . . 103

VICTOZA 61
vienva 103
vigabatrin 17
vigadrone 17
VIGAFYDE 17
vigpoder 17
VIIBRYD STARTER PACK 22
vilazodone hcl 22
viorele 103
VIRACEPT 56
VIREAD 54
VITRAKVI 42
VIZIMPRO 42
volnea 103
VONJO 43
VORANIGO 42
voriconazole 25
VOSEVI 52
VRAYLAR 50
vyfemla 103
vylibra 103
VYZULTA 125

W

warfarin sodium 64
WELIREG 33
wera 103
wixela inhub 131
wymzya fe 103

X

XALKORI 42,43
XARELTO 64
XARELTO STARTER PACK 64
XATMEP 113
XCOPRI 15
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 15
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 15
XELJANZ 109
XELJANZ XR 113
XERMELO 89
XGEVA 117
XIFAXAN 8
XIGDUO XR 61
XIIDRA 123
XOFLUZA (40 MG DOSE) 56
XOFLUZA (80 MG DOSE) 56,57
XOLAIR 109,110
XOSPATA 43
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 33
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 33
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 33
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 33
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 34
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 34
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 34
XTANDI 29
XYREM 132

Y

yargesa 92
YF-VAX 115
yuvafem 103

Z

zafirlukast 127
zaleplon 131
zarah 103
ZARXIO 65
ZEJULA 43
ZELBORAF 43
zenatane 81
ZENPEP 92
zenzedi 77
zidovudine 54
ziprasidone hcl 50
ziprasidone mesylate 50
ZIRGAN 51
zoledronic acid 117
ZOLINZA 34
zolmitriptan 27
zolpidem tartrate 131,132
ZONISADE 18
zonisamide 18
zovia 1/35 (28) 103
zovia 1/35e (28) 103
ZTALMY 15
ZUBSOLV 5
zumandimine 103
ZURZUVAE 20

ZYDELIG 43
ZYKADIA 43
ZYPREXA RELPREVV 50

의학적 상태별 약품 목록

ANALGESICS . . . 1
ANESTHETICS . . . 4
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS . . . 5
ANTIBACTERIALS . . . 6
ANTICONVULSANTS . . . 13
ANTIDEMENTIA AGENTS . . . 19
ANTIDEPRESSANTS . . . 19
ANTIEMETICS . . . 23
ANTIFUNGALS . . . 24
ANTIGOUT AGENTS . . . 26
ANTIMIGRAINE AGENTS . . . 26
ANTIMYASTHENIC AGENTS . . . 27
ANTIMYCOBACTERIALS . . . 27
ANTINEOPLASTICS . . . 28
ANTIPARASITICS . . . 44
ANTIPARKINSON AGENTS . . . 45
ANTIPSYCHOTICS . . . 46
ANTISPASTICITY AGENTS . . . 50
ANTIVIRALS . . . 51
ANXIOLYTICS . . . 57
BIPOLAR AGENTS . . . 58
BLOOD GLUCOSE REGULATORS . . . 59
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS . . . 63
CARDIOVASCULAR AGENTS . . . 66
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS . . . 76
DENTAL AND ORAL AGENTS . . . 80
DERMATOLOGICAL AGENTS . . . 80
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS . . . 84
GASTROINTESTINAL AGENTS . . . 88
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT . . . 90
GENITOURINARY AGENTS . . . 92
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL) . . . 93
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY) . . . 95
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS) . . . 95
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID) . . . 105
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (PITUITARY) . . . 105
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID) . . . 107
IMMUNOLOGICAL AGENTS . . . 107

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS 116
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS 116
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS 117
OPHTHALMIC AGENTS 122
OTIC AGENTS 125
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS 126
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS 131
SLEEP DISORDER AGENTS 131

차별 금지 안내

차별은 법에 저촉됩니다. Blue Shield of California는 해당 주 및 연방 인권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 장애에 기반을 둔 차별을 하지 않습니다. Blue Shield of California는 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 장애를 이유로 사람을 배제하거나 다르게 대우하지 않습니다.

Blue Shield of California는 다음을 제공합니다:

- 당사와 효과적인 의사소통을 위하여 장애가 있는 분에게 무료로 제공하는 다음과 같은 도움과 서비스:
  - 공인 수화 통역사
  - 다양한 형식으로 작성된 정보(큰 활자, 음성, 접근 가능한 전자 형식, 기타 형식)
- 주 언어가 영어가 아닌 분을 위한 언어 서비스, 예:
  - 공인 통역사
  - 다른 언어로 작성된 정보

이러한 서비스가 필요하시면, Blue Shield of California 인권 코디네이터에게 연락해 주십시오.

Blue Shield of California가 이러한 서비스를 제공하지 못하거나, 인종, 피부색, 출신 국가, 혈통, 종교, 성별, 결혼 상태, 젠더, 젠더 정체성, 성적 지향, 나이, 장애에 근거한 차별을 한다고 생각하시면, 다음으로 불만을 제기하실 수 있습니다:

Blue Shield of California
Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762-9007
전화: (844) 831-4133 (TTY: 711)
팩스: (844) 696-6070
이메일: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

대면으로 불만을 제기할 수 있으며 서신, 팩스 또는 이메일로도 가능합니다. 고충 제기에 도움이 필요하시면, 인권 코디네이터가 도와드리겠습니다.

또한, U.S. Department of Health and Human Services(미국 연방 보건복지부) 인권 사무소에 인권 사무소 불만 제기 포털 **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** 를 통하여 전자 형식으로 인권 불만을 제기하실 수 있습니다. 또한, 우편이나 전화를 이용하실 경우는 다음 정보를 이용하세요.

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

불만 신고 양식은 **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html** 에서 이용 가능합니다.

blue california

Multi-Language Insert
Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-452-4413. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-452-4413。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-452-4413. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-452-4413. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن اي اسئلة تتعلق بالصحة او جدول الادوية لدينا. للحصول
ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-452-4413. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-452-4413 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-452-4413. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-452-4413. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-452-4413. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-452-4413. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サ—ビスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-452-4413 にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサ— ビスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm peb li kev noj qab haus huv los sis lub phiaj xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau peb ntawm 1-800-452-4413. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo D77 ats’77s baa 1h1y3 47 doodago azee’ bee aa 1h1y3 b7na’7d7[kidgo 47 n1 ata’ hodoolnih77 h0l=. Ata’ halne’4 biniiy4go, koj8’ 1-800-452-4413 b44sh bee hod77lnih. Diné k’ehj7 y1[ti’i n7k1 adoolwo[. D77 t’11 j77k’eh bee an1’1wo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫ਼ਤ ਦੁਭਾਸ਼ੀਏ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਭਾਸ਼ੀਆ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានា ដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់ សូមទូរស័ព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a’fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີບາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄຳຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງ ພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບບາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ ພາສາລາວ ສາມາດຊ່ວຍ ທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մեզ մոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կամ դեղերի պլանի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ունենալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հայերեն խմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سؤالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیست با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

blue california

LANGUAGE ASSISTANCE NOTICE

English ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

中文 Chinese 请留意：如果您说中文，可以免费获得语言协助服务。请拨打 1-800-452-4413 (听障和语障专线：711)，每周七天办公，早上 8:00 至晚上 8:00。此电话为免付费专线。

한국어 Korean 주: 귀하가 한국어를 사용하시는 경우, 무료로 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711)번으로 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 전화하실 수 있습니다. 이 전화는 무료입니다.

Русский Russian ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ! Если Вы говорите по-русски, мы можем предложить Вам бесплатные услуги языковой поддержки. Звоните по телефону 1-800-452-4413 (TTY: 711) с 8:00 до 20:00 без выходных. Звонок бесплатный.

فارسیFarsi

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی بدون اخذ هزینه در اختیار شما می باشد. با شماره 4413 -1-800-452-4413 (TTY: 711)، از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب در هفت روز هفته تماس بگیرید. این تماس رایگان است.

भाषा Hindi ध्यान: यदि आप भाषा बोलते हैं, तो आपके लिए भाषा सहायता सेवाएं निःशुल्क उपलब्ध हैं। फ़ोन करना 1-800-452-4413 (TTY: 711), सुबह 8:00 बजे से शाम 8:00 बजे तक, सप्ताह के सातों दिन। फ़ोन करना फ्री है।

Lus Hmoob Hmong LUS CEEV: Yog koj hais Lus Hmoob, muaj kev pab txhais lus pub dawb rau koj.Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 teev sawv ntxov txog 8:00 teev tsaus ntuj, xya hnub hauv ib lub as thiv.Qhov hu xov tooj no yog hu dawb xwb.

Español Spanish ATENCIÓN: Si usted habla español, hay a su disposición servicios de asistencia de idiomas sin costo. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.

Tiếng Việt **Vietnamese** LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp miễn phí dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ cho quý vị. Gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, bảy ngày trong tuần. Cuộc gọi này miễn phí.

Tagalog PAUNAWA: Kung nagsasalita kayo ng Tagalog, may mga available na libreng serbisyo ng tulong sa wika para sa inyo. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., pitong araw sa isang linggo. Libre ang tawag.

Arabic العربية
تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، يتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. اتصل على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمة مجانية.

ພາສາລາວ Laotian ສິ່ງສຳຄັນ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານພາສາບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711), 8:00 ໂມງເຊົ້າ ຫາ 8:00 ໂມງແລງ, ເຈັດວັນຕໍ່ອາທິດ. ການໂທແມ່ນບໍ່ເສຍຄ່າ.

日本語 Japanese 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-452-4413 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。毎日午前 8 時から午後 8 時まで受け付けています。通話は無料です。

ภาษาไทย Thai
เรียน หากคุณพูดภาษา ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาให้แก่คุณโดยไม่มีค่าใช้จ่าย โทร 1-800-452-4413 (TTY: 711) 8:00 น. ถึง 20:00 น. ได้ตลอดเจ็ดวันต่อสัปดาห์ โทรฟรี ไม่มีค่าใช้จ่าย

ਪੰਜਾਬੀ Punjabi ਸਾਵਧਾਨ : ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਉਪਲਬਧ ਹਨ | ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711), ਸਵੇਰੇ 8:00 ਵਜੇ ਤੋਂ ਸ਼ਾਮ 8:00 ਵਜੇ ਤੱਕ, ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ ਹਫ਼ਤੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ. ਕਾਲ ਫ੍ਰੀ ਹੈ |

ខ្មែរ Khmerចាប់អារម្មណ៍៖ បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសា គឺមានសំរាប់អ្នក ដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅ 1-800-452-4413 (TTY: 711) ម៉ោង 8:00 ព្រឹក ដល់ 8:00 យប់ ប្រាំពីរថ្ងៃមួយអាទិត្យ។ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។

Հայերեն **Armenian** ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, Ձեզ տրամադրելի են անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY՝ 711) համարով, 8:00-ից 20:00, շաբաթը յոթ օր: Հեռախոսազանգն անվճար է:

Українська Ukrainian ЗВЕРНІТЬ УВАГУ! Якщо Ви розмовляєте українською, ми можемо запропонувати Вам безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте 1-800-452-4413 (TTY: 711) з 8:00 до 20:00 без вихідних. Дзвінок безкоштовний.

Mienh Mien TOV JANGX LONGX OC: Beiv taix meih gorngv Mienh waac nor, ninh mbuo gorn zangc duqv mbenc nzoih wang-henh nzie weih faan waac bun meih muangx maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh. Douc waac lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711),
8:00 diemv ziangh hoc lungh ndorm mingh taux 8:00 ziangh hoc lungh muonz, yietc norm liv baaiz se koi nzoih siec hnoi. Naaiv norm douc waac gorn se wang-henh longc maiv zuqc feix liuc cuotv zinh nyaanh.

이 처방집은 11/19/2024 에 업데이트되었습니다. **백신에 대해 지불하는 금액에 대한 중요한 메시지** – 일부 백신은 의료 혜택으로 간주됩니다. 다른 백신들은 파트 D 약품으로 간주됩니다. 저희 플랜은 대부분의 파트 D 백신을 무료로 보장합니다.

더 많은 최신 정보를 얻고 싶으시거나 기타 질문이 있는 경우 **(800) 452-4413**(TTY: 711)번으로 주 7일, 오전 8시~오후 8시에 연락하시거나 또는 방문 **blueshieldca.com/medformulary2024** 약품에 대한 귀하의 비용**(**약품군**)** 를 방문해주세요.