



Blue Shield TotalDual Plan(HMO D-SNP), Medicare Medi-Cal 플랜 2026 보장 약품 목록(약품 목록 또는 처방집)

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

처방집 ID 26258, 버전 27

이 약품 목록은 06/23/2026 에 업데이트되었습니다.

더 최신 정보를 얻고 싶거나 기타 문의 사항이 있으면 제게 (800) 452-4413 (TTY:711)번으로 연락해 주십시오. 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 또는 blueshieldca.com/medformulary2026 을 방문하십시오.

H2819_25_357A_C Approved 08202025

A55568EAE-KO (06/26)

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오. 이 전화는 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



06/23/2026

소개

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

목차

| | |
|---|-------|
| A. 고지 사항 | iv |
| B. 자주 묻는 질문(FAQ)..... | xiv |
| B1. 어떤 처방 약품이 보장 약품 목록 에 등재되어 있습니까? (보장 약품 목록 을 짧게 ‘ 약품 목록 ’이라고 합니다.)..... | xiv |
| B2. 약품 목록 이 변경되는 경우가 있습니까? | xiv |
| B3. 약품 목록 에 변경 사항이 있을 때는 어떤 일이 발생합니까? | xv |
| B4. 약품 보장에 제한이나 한도가 있거나 특정 약품을 받기 위해 필요한 조치가 있습니까? | xvii |
| B5. 원하는 약품에 제한 사항이 있거나 약품을 받기 위해 필요한 조치가 있는지는 어떻게 하면 알 수 있습니까? | xviii |
| B6. Blue Shield TotalDual Plan 이 일부 약품에 대한 보장 규칙(예: 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한)을 변경하면 어떻게 됩니까?..... | xviii |
| B7. 약품 목록 에서 어떻게 약품을 찾을 수 있습니까? | xviii |
| B8. 원하는 약이 약품 목록 에 없으면 어떻게 합니까? | xviii |
| B9. 만약 제가 Blue Shield TotalDual Plan 의 신규 가입자이고 약품 목록 에서 제 약을 찾을 수 없거나 약을 받는 데 문제가 있다면 어떻게 해야 합니까? | xix |
| B10. 복용하는 약품을 보장해달라고 예외 승인을 요청할 수 있습니까?..... | xx |
| B11. 어떻게 하면 예외 조치를 요청할 수 있습니까?..... | xx |
| B12. 예외 적용을 받는데 시간이 얼마나 걸립니까?..... | xx |
| B13. 제네릭 약품이란 무엇입니까?..... | xxi |

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



| | |
|---|-------|
| B14. 오리지널 생물의약품이란 무엇이며, 바이오시밀러와는 어떤 관련이 있습니까?..... | xxi |
| B15. Blue Shield TotalDual Plan 은 장기 처방약 공급을 보장합니까? | xxi |
| B16. 내 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달받을 수 있습니까?..... | xxii |
| B17. 내 코페이는 얼마입니까?..... | xxii |
| C. 보장 약품 목록의 개요 | xxiii |
| C1. 질환별 약품 목록 | xxiv |
| D. 보장되는 약품의 색인 | 135 |

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



A. 고지 사항

Blue Shield TotalDual Plan 에서 가입자들이 얻을 수 있는 약품 목록입니다.

- ❖ Blue Shield of California 는 Medicare 계약 및 California State Medicaid Program(캘리포니아주 Medicaid 프로그램)과 계약을 체결한 HMO D-SNP 플랜입니다. Blue Shield of California 가입은 계약 갱신에 따릅니다.
- ❖ 언제든지 Blue Shield TotalDual Plan 의 최신 **보장 약품 목록**을 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 온라인으로 확인하거나 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 전화하여 확인할 수 있습니다. 통화료는 무료입니다.
- ❖ Blue Shield of California 는 Blue Shield Association 의 독립 구성원입니다.
- ❖ 본 문서는 큰 활자, 점자 또는 음성 등 기타 형식으로도 제공되며 무료로 받아 보실 수 있습니다. 본 문서 하단에 있는 번호로 연락해 주십시오. 통화료는 무료입니다.
- ❖ The company complies with applicable state laws and federal civil rights laws and does not discriminate, exclude people, or treat them differently on the basis of race, color, national origin, ethnic group identification, medical condition, genetic information, ancestry, religion, sex, marital status, gender, gender identity, sexual orientation, age, mental disability, or physical disability. La compañía cumple con las leyes de derechos civiles federales y estatales aplicables, y no discrimina, ni excluye ni trata de manera diferente a las personas por su raza, color, país de origen, identificación con determinado grupo étnico, condición médica, información genética, ascendencia, religión, sexo, estado civil, género, identidad de género, orientación sexual, edad, ni discapacidad física ni mental. 本公司遵守適用的州法律和聯邦民權法律，並且不會以種族、膚色、原國籍、族群認同、醫療狀況、遺傳資訊、血統、宗教、性別、婚姻狀況、性別認同、性取向、年齡、精神殘疾或身體殘疾而進行歧視、排斥或區別對待他人。 회사는 해당 주법 및 연방 인권법을 준수하며 인종, 피부색, 출신 국가, 민족, 질병, 유전 정보, 혈통, 종교, 신체적 성, 결혼 여부, 사회적 성, 성 정체성, 성적 지향, 나이, 정신 장애 또는 신체 장애를 근거로 사람을 차별하거나, 배제하거나, 다르게 대우하지 않습니다.
- ❖ 본 문서는 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 간체 중국어, 번체 중국어, 페르시아어, 크메르어(캄보디아어), 한국어, 러시아어, 타갈로그어 및 베트남어로 제공됩니다.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



简体中文标语 (Chinese)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



日本語表記 (Japanese)

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

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

1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

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

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ
1-800-452-4413

(TTY: 711).

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

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

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

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로
연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용
가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는
blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로
연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용
가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는
blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



Русский слоган (Russian)

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

Mensaje en español (Spanish)

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

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

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

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



B. 자주 묻는 질문(FAQ)

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

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

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

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

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

당사가 보장하는 최신 약품 목록은 blueshieldca.com/medformulary2026 웹사이트에서 확인하거나 본 문서 하단의 고객 서비스부에 전화하여 확인하십시오.

B2. **약품 목록**이 변경되는 경우가 있습니까?

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

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



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

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

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

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

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

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

- 언제든지 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 Blue Shield TotalDual Plan 의 최신 약품 목록을 온라인으로 확인할 수 있습니다. 약품 목록의 최신 소식은 매월 웹사이트에 게시됩니다.
- 또한, 본 문서 하단에 나와 있는 고객 서비스부 번호로 전화하여 현재 약품 목록을 확인할 수 있습니다.

B3. 약품 목록에 변경 사항이 있을 때는 어떤 일이 발생합니까?

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

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

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는

blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



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

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

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

이러한 변경 사항이 발생하면 당사는 다음과 같이 할 것입니다.

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

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



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

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

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

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

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

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

복용하는 약품에 추가 요건이나 제한이 있는지 알아보려면 **섹션 C** 의 표를 확인하십시오. 또한 blueshieldca.com/medformulary2026 웹사이트를 방문하여 더 많은 정보를 얻을 수 있습니다. 사전 승인과 단계적 치료 제한 사항을 설명하는 문서가 온라인에 게시되어 있습니다. 당사에 요청하시면 사본을 보내드릴 수도 있습니다.

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

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



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

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

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

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

B7. 약품 목록에서 어떻게 약품을 찾을 수 있습니까?

약품을 찾는 방법은 두 가지가 있습니다.

- 알파벳순으로 검색하는 경우 또는
- 질환별로 검색하는 경우.

알파벳 순으로 검색하려면 보장 약품 색인 섹션을 확인해 주십시오. 135 페이지부터 시작되는 색인에서 약품을 찾으실 수 있습니다. 색인은 본 문서에 포함된 모든 약의 알파벳순 목록을 제공합니다. 브랜드명 약품과 제네릭 약품 모두 색인에 나와 있습니다. 색인에서 복용하시는 약품을 찾으십시오. 약품명 옆에 보장 정보를 확인할 수 있는 페이지가 표시되어 있습니다.

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

B8. 원하는 약이 약품 목록에 없으면 어떻게 합니까?

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

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

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



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

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

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

다음과 같은 경우 귀하의 약에 대해 30 일분을 보장해 드립니다.

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

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

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

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

이 섹션은 다음 페이지에서 계속됩니다

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



전환 정책

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

B10. 복용하는 약품을 보장해달라고 예외 승인을 요청할 수 있습니까?

예. Blue Shield TotalDual Plan 에 *약품 목록*에 없는 약품을 보장해달라고 예외 승인을 요청할 수 있습니다.

복용하는 약에 대한 규칙 변경도 요청할 수 있습니다.

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

B11. 어떻게 하면 예외 조치를 요청할 수 있습니까?

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

B12. 예외 적용을 받는데 시간이 얼마나 걸립니까?

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

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

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



B13. 제네릭 약품이란 무엇입니까?

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

Blue Shield TotalDual Plan 은 브랜드명 약품과 제네릭 약품을 모두 보장합니다.

B14. 오리지널 생물약품이란 무엇이며, 바이오시밀러와는 어떤 관련이 있습니까?

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

약품 유형에 대한 자세한 정보는 *가입자 핸드북의 5 장*을 참조하십시오.

B15. Blue Shield TotalDual Plan 은 장기 처방약 공급을 보장합니까?

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

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

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는

blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



B16. 내 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달받을 수 있습니까?

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

B17. 내 코페이는 얼마입니까?

Blue Shield TotalDual Plan 가입자가 플랜의 규정을 따르면 처방약에 대해 코페이가 적용됩니다.

단계란 **약품 목록**의 약품 그룹입니다.

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

| 단계 | 설명 | 코페이먼트 | |
|------|-----------|----------------------|----------------------|
| | | 30 일 제공분 | 100 일 제공분 |
| 1 단계 | 선호 제네릭 약품 | \$0 | \$0 |
| 2 단계 | 제네릭 약품 | \$0 | \$0 |
| 3 단계 | 선호 브랜드 약품 | \$0, \$5.10, \$12.65 | \$0, \$5.10, \$12.65 |
| 4 단계 | 비선호 약품 | \$0, \$5.10, \$12.65 | \$0, \$5.10, \$12.65 |
| 5 단계 | 특별 등급 약품 | \$0, \$5.10, \$12.65 | 이용 불가 |

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

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



C. 보장 약품 목록의 개요

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

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

파트 D 에 따른 이의 제기

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

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



C1. 질환별 약품 목록

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

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

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오. 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2026에서 확인하십시오.



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

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

D. 보장되는 약품의 색인

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

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8 시부터 오후 8 시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. **자세한 정보는** blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



ANALGESICS

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

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

ANALGESICS

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

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

ANALGESICS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|---------------------------------|
| <i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i> | Tier 4 | QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i> | Tier 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS |
| OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING | | |
| <i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i> | Tier 2 | QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (12 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i> | Tier 2 | QL (6 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i> | Tier 3 | QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS |
| CODEINE SULFATE 15 MG TAB | Tier 4 | QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>codeine sulfate 30 mg tab</i> | Tier 4 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |
| CODEINE SULFATE 60 MG TAB | Tier 4 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i> | Tier 3 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>endocet 10-325 mg tab</i> | Tier 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>endocet 7.5-325 mg tab</i> | Tier 3 | QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (6 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i> | Tier 4 | QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (8 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i> | Tier 3 | QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS |

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

ANALGESICS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|--------------------------------|
| <i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i> | Tier 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i> | Tier 3 | QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i> | Tier 3 | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i> | Tier 3 | QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i> | Tier 3 | QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i> | Tier 3 | QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i> | Tier 3 | QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 10 mg tab</i> | Tier 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i> | Tier 4 | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 20 mg tab</i> | Tier 3 | QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 5 mg tab</i> | Tier 3 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i> | Tier 3 | QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i> | Tier 3 | QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i> | Tier 3 | QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>oxycodone-acetaminophen 7.5-325 mg tab</i> | Tier 3 | QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>tramadol hcl 50 mg tab</i> | Tier 2 | QL (8 PER 1 DAYS), NDS |
| <i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i> | Tier 2 | QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS |

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

ANESTHETICS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| LOCAL ANESTHETICS | | |
| <i>lidocaine 5 % ointment</i> | Tier 4 | QL (50 PER 30 DAYS) |
| <i>lidocaine 5 % patch</i> | Tier 3 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>lidocaine hcl 4 % solution</i> | Tier 2 | |
| <i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i> | Tier 2 | |
| <i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i> | Tier 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>lidocan 5 % patch</i> | Tier 3 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION | Tier 4 | QL (10 PER 30 DAYS) |
| PREMIUM LIDOCAINE 5 % OINTMENT | Tier 4 | QL (50 PER 30 DAYS) |

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

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

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

ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

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

ANTIBACTERIALS

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

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 | | |
| <i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i> | Tier 4 | |
| CAYSTON 75 MG RECON SOLN | Tier 5 | PA, LA, QL (84 PER 28 DAYS) |
| <i>clindamycin hcl (150 mg cap, 300 mg cap, 75 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i> | Tier 4 | |
| <i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml solution, 600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution)</i> | Tier 4 | |
| <i>clindamycin phosphate 2 % cream</i> | Tier 2 | |
| <i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml solution, 600 mg/50ml solution, 900 mg/50ml solution)</i> | Tier 4 | |
| CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION) | Tier 4 | |
| <i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i> | Tier 4 | |
| <i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i> | Tier 5 | |
| <i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i> | Tier 4 | QL (4 PER 28 OVER TIME) |
| <i>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i> | Tier 4 | |
| <i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i> | Tier 5 | PA |
| <i>linezolid 600 mg tab</i> | Tier 4 | PA |
| <i>linezolid 600 mg/300ml solution</i> | Tier 4 | |
| LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION | Tier 5 | |
| <i>methenamine hippurate 1 gm tab</i> | Tier 4 | |

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

ANTIBACTERIALS

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

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

ANTIBACTERIALS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| <i>cefazolin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 2 gm recon soln, 3 gm recon soln, 300 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i> | Tier 4 | |
| <i>cefdinir (125 mg/5ml recon susp, 250 mg/5ml recon susp)</i> | Tier 3 | |
| <i>cefdinir 300 mg cap</i> | Tier 2 | |
| <i>cefepime hcl (1 gm recon soln, 1 gm/50ml solution, 2 gm recon soln, 2 gm/100ml solution)</i> | Tier 4 | |
| <i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i> | Tier 4 | |
| <i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i> | Tier 4 | |
| CEFPODOXIME PROXETIL (100 MG TAB, 100 MG/5ML RECON SUSP, 200 MG TAB, 50 MG/5ML RECON SUSP) | Tier 4 | |
| <i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>ceftaroline fosamil (400 mg recon soln, 600 mg recon soln)</i> | Tier 5 | |
| CEFTAZIDIME (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN) | Tier 4 | |
| <i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i> | Tier 4 | |
| <i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i> | Tier 4 | |
| <i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i> | Tier 2 | |

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 | |
| BETA-LACTAM, PENICILLINS | | |
| <i>amoxicillin (125 mg chew tab, 125 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg chew tab, 250 mg/5ml recon susp, 400 mg/5ml recon susp, 500 mg cap, 500 mg tab, 875 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>amoxicillin-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/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 600-42.9 mg/5ml recon susp, 875-125 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE 400-57 MG CHEW TAB | Tier 3 | |
| <i>amoxicillin-pot clavulanate er 1000-62.5 mg tab er 12h</i> | Tier 4 | |
| <i>ampicillin 500 mg cap</i> | Tier 2 | |
| <i>ampicillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 125 mg recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i> | Tier 4 | |
| <i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm recon soln, 15 (10-5) gm recon soln, 3 (2-1) gm recon soln)</i> | Tier 4 | |
| BICILLIN L-A (1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR, 600000 UNIT/ML SUSP PRSYR) | Tier 4 | |
| <i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>nafcillin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i> | Tier 4 | |
| <i>penicillin g potassium (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i> | Tier 4 | |

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 | |
| <i>penicillin v potassium (125 mg/5ml recon soln, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon soln, 500 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i> | Tier 4 | |
| <i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2- 0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i> | Tier 4 | |
| CARBAPENEMS | | |
| <i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i> | Tier 3 | |
| <i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i> | Tier 4 | |
| <i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i> | Tier 4 | |
| MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN) | Tier 4 | |
| MACROLIDES | | |
| <i>azithromycin (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 500 mg tab, 600 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| AZITHROMYCIN 1 GM PACKET | Tier 3 | |
| <i>azithromycin 500 mg recon soln</i> | Tier 4 | |
| CLARITHROMYCIN (125 MG/5ML RECON SUSP, 250 MG/5ML RECON SUSP) | Tier 4 | |
| <i>clarithromycin (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>clarithromycin er 500 mg tab er 24h</i> | Tier 4 | |

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 |
|--|------------------------|--------------------------------|
| DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP | Tier 5 | PA, QL (136 PER 10 OVER TIME) |
| <i>erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i> | Tier 4 | |
| <i>erythromycin base (250 mg cp dr part, 250 mg tab, 500 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i> | Tier 4 | |
| <i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i> | Tier 4 | |
| <i>fidaxomicin 200 mg tab</i> | Tier 5 | PA, QL (20 PER 10 OVER TIME) |
| QUINOLONES | | |
| BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION | Tier 3 | |
| CILOXAN 0.3 % OINTMENT | Tier 4 | |
| <i>ciprofloxacin (250 mg/5ml (5%) recon susp, 500 mg/5ml (10%) recon susp)</i> | Tier 4 | |
| <i>ciprofloxacin hcl (0.3 % solution, 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i> | Tier 4 | |
| <i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>levofloxacin 25 mg/ml solution</i> | Tier 4 | |
| <i>levofloxacin in d5w (500 mg/100ml solution, 750 mg/150ml solution)</i> | Tier 4 | |
| <i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i> | Tier 3 | |
| MOXIFLOXACIN HCL 400 MG/250ML SOLUTION | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| SULFONAMIDES | | |
| <i>sulfadiazine 500 mg tab</i> | Tier 3 | |

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

ANTIBACTERIALS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 400- 80 mg tab, 800-160 mg tab, 800- 160 mg/20ml suspension)</i> | Tier 2 | |
| <i>sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5ml solution</i> | Tier 4 | |
| <i>sulfatrim pediatric 200-40 mg/5ml suspension</i> | Tier 2 | |
| TETRACYCLINES | | |
| <i>avidoxy 100 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>doxy 100 100 mg recon soln</i> | Tier 4 | |
| <i>doxycycline hyclate (100 mg cap, 100 mg tab, 20 mg tab, 50 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i> | Tier 4 | |
| <i>doxycycline monohydrate (100 mg cap, 50 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>doxycycline monohydrate (100 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>minocycline hcl (100 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>mondoxylene nl 100 mg cap</i> | Tier 2 | |
| <i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i> | Tier 4 | |

ANTICONVULSANTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|---|
| ANTICONVULSANTS, OTHER | | |
| <i>brivaracetam (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i> | Tier 5 | ST, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>brivaracetam 10 mg/ml solution</i> | Tier 5 | ST, QL (20 ML PER 1 DAYS) |
| DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET) | 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.

ANTICONVULSANTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|--|
| DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET) | Tier 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>divalproex sodium (125 mg cap dr, 125 mg tab dr, 250 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i> | Tier 2 | |
| <i>divalproex sodium er (250 mg tab er 24h, 500 mg tab er 24h)</i> | Tier 2 | |
| EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION | Tier 5 | LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i> | Tier 4 | |
| FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION | Tier 5 | LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>lamotrigine (25 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>levetiracetam (100 mg/ml solution, 1000 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 750 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>levetiracetam er 500 mg tab er 24h</i> | Tier 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>levetiracetam er 750 mg tab er 24h</i> | Tier 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>perampanel (10 mg tab, 12 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab)</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>perampanel 0.5 mg/ml suspension</i> | Tier 4 | QL (24 ML PER 1 DAYS) |
| <i>perampanel 2 mg tab</i> | Tier 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>roweeptra 500 mg tab</i> | Tier 2 | |
| SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB) | Tier 4 | QL (6 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 |

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

ANTICONVULSANTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|---|
| <i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION | Tier 5 | QL (50 ML PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>topiramate (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>topiramate (15 mg cap sprink, 25 mg cap sprink, 50 mg cap sprink)</i> | Tier 2 | |
| <i>topiramate 25 mg/ml solution</i> | Tier 4 | QL (480 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i> | Tier 4 | |
| <i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i> | Tier 2 | |
| XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB) | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB) | Tier 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS | | |
| <i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i> | Tier 2 | |
| <i>methsuximide 300 mg cap</i> | Tier 4 | |
| GAMMA-AMINO BUTYRIC ACID (GABA) MODULATING AGENTS | | |
| <i>clobazam 10 mg tab</i> | Tier 4 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i> | Tier 4 | QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>clobazam 20 mg tab</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>diazepam 10 mg gel</i> | Tier 4 | QL (20 PER 30 DAYS) |
| <i>diazepam 2.5 mg gel</i> | Tier 4 | QL (5 PER 30 DAYS) |
| <i>diazepam 20 mg gel</i> | Tier 4 | QL (40 PER 30 DAYS) |

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

ANTICONVULSANTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|---|
| <i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i> | Tier 3 | QL (72 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin (600 mg tab, 800 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin 100 mg cap</i> | Tier 2 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin 300 mg cap</i> | Tier 2 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>gabapentin 400 mg cap</i> | Tier 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</i> | Tier 2 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>primidone (125 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| SYMPAZAN (10 MG FILM, 20 MG FILM, 5 MG FILM) | Tier 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID | Tier 5 | QL (10 PER 30 DAYS) |
| VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK | Tier 5 | QL (10 PER 30 DAYS) |
| VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK | Tier 5 | QL (10 PER 30 DAYS) |
| VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID | Tier 5 | QL (10 PER 30 DAYS) |
| <i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i> | Tier 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>vigadrone 500 mg packet</i> | Tier 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>vigadrone 500 mg tab</i> | Tier 5 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION | Tier 5 | LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

ANTICONVULSANTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|--|
| <i>vigpoder 500 mg packet</i> | Tier 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION | Tier 5 | LA, QL (36 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SODIUM CHANNEL AGENTS | | |
| <i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</i> | Tier 2 | |
| <i>carbamazepine er (100 mg cap er 12h, 100 mg tab er 12h, 200 mg cap er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg cap er 12h, 400 mg tab er 12h)</i> | Tier 3 | |
| DILANTIN (100 MG CAP, 30 MG CAP) | Tier 4 | |
| <i>epitol 200 mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>lacosamide (10 mg/ml solution, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i> | Tier 4 | QL (40 PER 1 DAYS) |
| <i>lacosamide (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>lacosamide 200 mg/20ml solution</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>oxcarbazepine (150 mg tab, 300 mg tab, 600 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i> | Tier 4 | |
| <i>phenytek (200 mg cap, 300 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension, 50 mg chew tab)</i> | Tier 2 | |

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

ANTICONVULSANTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|--|
| <i>phenytoin infatabs 50 mg chew tab</i> | Tier 2 | |
| <i>phenytoin sodium extended (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>rufinamide 200 mg tab</i> | Tier 4 | ST, QL (16 PER 1 DAYS) |
| <i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i> | Tier 5 | ST, QL (80 PER 1 DAYS) |
| <i>rufinamide 400 mg tab</i> | Tier 4 | ST, QL (8 PER 1 DAYS) |
| XCOPRI (14 X 150 MG & 14 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK) | Tier 5 | QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK | Tier 5 | QL (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 |
| ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION | Tier 4 | |
| <i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i> | Tier 2 | |

ANTIDEMENTIA AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| ANTIDEMENTIA AGENTS, OTHER | | |
| ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB | Tier 3 | |
| CHOLINESTERASE INHIBITORS | | |
| <i>donepezil hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>donepezil hcl 23 mg tab</i> | Tier 4 | ST |
| <i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg</i> | Tier 2 | |
| <i>donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg</i> | Tier 2 | |

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 |
|---|------------------------|------------------------|
| <i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 4 mg/ml solution, 8 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i> | Tier 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>rivastigmine (13.3 mg/24hr patch 24hr, 4.6 mg/24hr patch 24hr, 9.5 mg/24hr patch 24hr)</i> | Tier 4 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i> | Tier 3 | |
| N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONIST | | |
| <i>memantine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>memantine hcl (10 mg/5ml solution, 2 mg/ml solution)</i> | Tier 3 | |
| <i>memantine hcl er (14 mg cap er 24h, 21 mg cap er 24h, 28 mg cap er 24h, 7 mg cap er 24h)</i> | Tier 4 | |

ANTIDEPRESSANTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|--|
| ANTIDEPRESSANTS, OTHER | | |
| AUVELITY 45-105 MG TAB ER | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| AUVELITY TITRATION PACK 30-105 MG & 45-105 MG TBER THPK | Tier 4 | QL (102 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>bupropion hcl 100 mg tab</i> | Tier 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl 75 mg tab</i> | Tier 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (sr) 100 mg tab er 12h</i> | Tier 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (sr) 150 mg tab er 12h</i> | Tier 2 | QL (3 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 |
|--|------------------------|---|
| <i>bupropion hcl er (sr) 200 mg tab er 12h</i> | Tier 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (xl) 150 mg tab er 24h</i> | Tier 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>bupropion hcl er (xl) 300 mg tab er 24h</i> | Tier 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| EXXUA (18.2 MG TAB ER 24H, 36.3 MG TAB ER 24H, 54.5 MG TAB ER 24H, 72.6 MG TAB ER 24H) | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| EXXUA TITRATION PACK 18.2 MG TAB ER 24H | Tier 5 | QL (64 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LYBALVI (10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB, 5-10 MG TAB) | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab, 45 mg tab disp, 7.5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>mirtazapine (15 mg tab, 30 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE (2-10 MG TAB, 2-25 MG TAB, 4-10 MG TAB, 4-25 MG TAB, 4-50 MG TAB) | Tier 4 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP) | Tier 5 | QL (28 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZURZUVAE 30 MG CAP | Tier 5 | QL (14 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS | | |
| EMSAM (12 MG/24HR PATCH 24HR, 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR) | Tier 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| MARPLAN 10 MG TAB | Tier 4 | |
| PHENELZINE SULFATE 15 MG TAB | Tier 2 | |
| <i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i> | Tier 4 | |

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 |
|--|------------------------|--|
| SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR) | | |
| <i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml solution, 20 mg/10ml solution)</i> | Tier 3 | |
| <i>desvenlafaxine succinate er (25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i> | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>desvenlafaxine succinate er 100 mg tab er 24h</i> | Tier 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>escitalopram oxalate (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>escitalopram oxalate (10 mg/10ml solution, 5 mg/5ml solution)</i> | Tier 2 | |
| FETZIMA (120 MG CAP ER 24H, 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H) | Tier 4 | QL (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 |
| <i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i> | Tier 1 | |
| <i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i> | Tier 2 | |
| FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR | Tier 4 | QL (4 PER 28 DAYS) |
| <i>fluvoxamine maleate 100 mg tab</i> | Tier 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>fluvoxamine maleate 25 mg tab</i> | Tier 2 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>fluvoxamine maleate 50 mg tab</i> | 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 | |
| <i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION | Tier 4 | QL (30 PER 1 DAYS) |
| <i>paroxetine hcl er (12.5 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 37.5 mg tab er 24h)</i> | Tier 4 | |

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

ANTIDEPRESSANTS

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

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

ANTIDEPRESSANTS

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

ANTIEMETICS

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

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 |
|---|------------------------|--|
| <i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i> | Tier 4 | PA, QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>granisetron hcl 1 mg tab</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron 4 mg tab disp</i> | Tier 2 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron 8 mg tab disp</i> | Tier 2 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ONDANSETRON HCL 24 MG TAB | Tier 2 | QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron hcl 4 mg tab</i> | Tier 2 | QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i> | Tier 4 | QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ondansetron hcl 8 mg tab</i> | 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 |
| <i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i> | Tier 2 | |
| CRESEMBA 186 MG CAP | Tier 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |

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

ANTIFUNGALS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| CRESEMBA 74.5 MG CAP | Tier 5 | PA, QL (5 PER 1 DAYS) |
| <i>econazole nitrate 1 % cream</i> | Tier 4 | |
| <i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>fluconazole in sodium chloride (200-0.9 mg/100ml-% solution, 400-0.9 mg/200ml-% solution)</i> | Tier 4 | |
| <i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i> | Tier 5 | |
| <i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>itraconazole 100 mg cap</i> | Tier 4 | |
| <i>ketconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>klayesta 100000 unit/gm powder</i> | Tier 4 | |
| <i>micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i> | Tier 4 | |
| MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS | Tier 3 | |
| <i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i> | Tier 4 | |
| <i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>nystatin 100000 unit/gm powder</i> | Tier 4 | |
| <i>nystop 100000 unit/gm powder</i> | Tier 4 | |
| <i>posaconazole 100 mg tab dr</i> | Tier 5 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>terbinafine hcl 250 mg tab</i> | Tier 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>terconazole (0.4 % cream, 0.8 % cream)</i> | Tier 3 | |
| <i>terconazole 80 mg suppos</i> | Tier 4 | |
| <i>voriconazole (200 mg tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i> | Tier 4 | PA |

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

ANTIFUNGALS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| <i>voriconazole 200 mg recon soln</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

ANTIGOUT AGENTS

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

ANTIMIGRAINE AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|-------------------------|
| CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAGONISTS | | |
| AIMOVIG (140 MG/ML SOLN A-INJ, 70 MG/ML SOLN A-INJ) | Tier 3 | PA, QL (1 PER 28 DAYS) |
| EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR) | Tier 3 | PA, QL (2 PER 30 DAYS) |
| EMGALITY (300 MG DOSE) 100 MG/ML SOLN PRSYR | Tier 3 | PA, QL (3 PER 30 DAYS) |
| NURTEC 75 MG TAB DISP | Tier 5 | PA, QL (16 PER 30 DAYS) |
| ERGOT ALKALOIDS | | |
| <i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i> | Tier 5 | PA, QL (8 PER 30 DAYS) |
| ERGOTAMINE-CAFFEINE 1-100 MG TAB | Tier 3 | QL (40 PER 28 DAYS) |

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 |
|--|------------------------|--------------------------|
| SEROTONIN (5-HT) RECEPTOR AGONIST | | |
| <i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i> | Tier 3 | QL (18 PER 30 OVER TIME) |
| <i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i> | Tier 2 | QL (24 PER 30 OVER TIME) |
| <i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i> | Tier 4 | QL (18 PER 30 OVER TIME) |
| <i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (18 PER 30 OVER TIME) |
| <i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i> | Tier 4 | QL (8 PER 30 OVER TIME) |
| SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL (4 MG/0.5ML SOLN CART, 6 MG/0.5ML SOLN CART) | Tier 4 | QL (8 PER 30 OVER TIME) |

ANTIMYASTHENIC AGENTS

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

ANTIMYCOBACTERIALS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER | | |
| <i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>rifabutin 150 mg cap</i> | Tier 4 | |

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 |
|--|------------------------|------------------------|
| ANTITUBERCULARS | | |
| <i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i> | Tier 2 | |
| PRIFTIN 150 MG TAB | Tier 4 | |
| <i>pyrazinamide 500 mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>rifampin 600 mg recon soln</i> | Tier 4 | |
| SIRTURO (100 MG TAB, 20 MG TAB) | Tier 5 | PA |
| TRECTOR 250 MG TAB | Tier 4 | |

ANTINEOPLASTICS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|---|
| ALKYLATING AGENTS | | |
| CYCLOPHOSPHAMIDE (25 MG CAP, 25 MG TAB, 50 MG CAP, 50 MG TAB) | Tier 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| LEUKERAN 2 MG TAB | Tier 4 | |
| <i>lomustine (10 mg cap, 40 mg cap)</i> | Tier 4 | |
| <i>lomustine 100 mg cap</i> | Tier 5 | |
| MATULANE 50 MG CAP | Tier 5 | LA |
| ANTIANDROGENS | | |
| <i>abiraterone acetate 250 mg tab</i> | Tier 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>abiraterone acetate 500 mg tab</i> | Tier 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>abirtega 250 mg tab</i> | Tier 2 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>bicalutamide 50 mg tab</i> | 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 |
| EULEXIN 125 MG CAP | Tier 3 | |
| FLUTAMIDE 125 MG CAP | Tier 3 | |
| <i>nilutamide 150 mg tab</i> | 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 | Tier 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XTANDI 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 | | |
| <i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i> | Tier 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>pomalidomide (1 mg cap, 2 mg cap, 3 mg cap, 4 mg cap)</i> | 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 |
| THALOMID 100 MG CAP | Tier 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| THALOMID 50 MG CAP | Tier 5 | QL (5 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 | | |
| <i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i> | Tier 5 | |
| INLURIYO 200 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION | Tier 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>tamoxifen citrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>toremifene citrate 60 mg tab</i> | Tier 4 | |
| ANTIMETABOLITES | | |
| <i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i> | Tier 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>mercaptopurine 50 mg tab</i> | Tier 2 | |
| ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB) | Tier 5 | QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TABLOID 40 MG TAB | Tier 3 | |
| ANTINEOPLASTICS, OTHER | | |
| AKEEGA (100-500 MG TAB, 50- 500 MG TAB) | Tier 5 | LA, QL (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 |
| FRUZAQLA 1 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| FRUZAQLA 5 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>hydroxyurea 500 mg cap</i> | Tier 2 | |
| INQOVI 35-100 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (5 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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 |
|---|------------------------|--|
| IWILFIN 192 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LEDERLE LEUCOVORIN 5 MG TAB | Tier 2 | |
| <i>leucovorin calcium (10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>leucovorin calcium (100 mg recon soln, 350 mg recon soln)</i> | Tier 4 | |
| LONSURF 15-6.14 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (100 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LONSURF 20-8.19 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (80 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LYSODREN 500 MG TAB | Tier 5 | |
| MODEYSO 125 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (20 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB) | Tier 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| QINLOCK 50 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (3 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 |
| ZOLINZA 100 MG CAP | Tier 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| AROMATASE INHIBITORS, 3RD GENERATION | | |
| <i>anastrozole 1 mg tab</i> | Tier 1 | |
| <i>exemestane 25 mg tab</i> | Tier 4 | |
| <i>letrozole 2.5 mg tab</i> | Tier 2 | |
| ENZYME INHIBITORS | | |
| AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER PACK | Tier 5 | LA, QL (66 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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 |
|--|------------------------|--|
| ENSACOVE 100 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ENSACOVE 25 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |

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 |
|---|------------------------|---|
| 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 |
| <i>bosutinib 100 mg tab</i> | Tier 5 | QL (120 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>bosutinib 500 mg tab</i> | Tier 5 | QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BRAFTOVI 75 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BRUKINSA 160 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BRUKINSA 80 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (4 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 |
| 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 |

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 |
|--|------------------------|---|
| 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 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| COTELLIC 20 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>dasatinib (100 mg tab, 140 mg tab)</i> | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>dasatinib (20 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>dasatinib (70 mg tab, 80 mg tab)</i> | Tier 5 | QL (2 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 |
| <i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i> | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>erlotinib hcl 25 mg tab</i> | Tier 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>everolimus (10 mg tab, 7.5 mg tab)</i> | Tier 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>everolimus (2 mg tab sol, 3 mg tab sol, 5 mg tab sol)</i> | Tier 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP) | Tier 5 | LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| GAVRETO 100 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (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 |
|--|------------------------|--|
| <i>gefitinib 250 mg tab</i> | 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 |
| GOMEKLI 1 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (126 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| GOMEKLI 1 MG TAB SOL | Tier 5 | LA, QL (168 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| GOMEKLI 2 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (84 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| HERNEXEOS 60 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| HYRNUO 10 MG TAB | Tier 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| IBRANCE (100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB) | Tier 5 | LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| IBRANCE 100 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| IBTROZI 200 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), 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 |
| IDHIFA (100 MG TAB, 50 MG TAB) | Tier 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>imatinib mesylate 100 mg tab</i> | Tier 4 | QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>imatinib mesylate 400 mg tab</i> | Tier 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| IMBRUVICA (140 MG CAP, 140 MG TAB) | 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 |
|--|------------------------|--|
| 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 70 MG/ML SUSPENSION | Tier 5 | LA, QL (216 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION | Tier 5 | LA, QL (10 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 |
| INREBIC 100 MG CAP | Tier 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ITOVEBI 3 MG TAB | Tier 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ITOVEBI 9 MG TAB | Tier 5 | QL (1 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 |
| JAKAFI XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H, 33 MG TAB ER 24H, 44 MG TAB ER 24H, 55 MG TAB ER 24H) | Tier 5 | LA, QL (1 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 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK | Tier 5 | QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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 |
|---|------------------------|---|
| KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK | Tier 5 | QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK | Tier 5 | QL (49 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK | Tier 5 | QL (70 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 MG TAB THPK | Tier 5 | QL (91 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KOMZIFTI 200 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (3 PER 1 DAYS), 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 |
| KOSELUGO 5 MG CAP SPRINK | Tier 5 | QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| KOSELUGO 7.5 MG CAP SPRINK | Tier 5 | QL (12 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 |
| <i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i> | 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 (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK | Tier 5 | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK | Tier 5 | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

이 표에 있는 기호와 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 (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK | Tier 5 | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK | Tier 5 | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK | Tier 5 | LA, QL (90 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK | Tier 5 | LA, QL (30 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK | Tier 5 | LA, QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LIFYORLI (125 MG DOSE) 1 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK | Tier 5 | LA, QL (18 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LIFYORLI (150 MG DOSE) 2 X 25 MG & 1 X 100 MG CAP THPK | Tier 5 | LA, QL (27 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LORBRENA 100 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (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 |
| 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 |
| 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 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 |
|--|------------------------|--|
| LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK | Tier 5 | LA, QL (112 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 MG TAB THPK | Tier 5 | LA, QL (140 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN | Tier 5 | LA, QL (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 |
| NERLYNX 40 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>nilotinib hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 50 mg cap)</i> | Tier 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP) | Tier 5 | QL (3 PER 21 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ODOMZO 200 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), 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 |
| OJEMDA 100 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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

ANTINEOPLASTICS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|---|
| OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP | Tier 5 | LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>pazopanib hcl 200 mg tab</i> | Tier 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| PAZOPANIB HCL 400 MG TAB | Tier 5 | QL (2 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 DAYS), 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 |
| 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 |
| REVUFORJ 110 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| REVUFORJ 160 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| REVUFORJ 25 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (8 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 |
| ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP) | Tier 5 | LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

이 표에 있는 기호와 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 |
|--|------------------------|--|
| 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 |
| 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 |
| <i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i> | Tier 5 | QL (4 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 |
| <i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i> | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i> | Tier 5 | QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>sunitinib malate 25 mg cap</i> | Tier 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| 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 |
| 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 |

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 |
|---|------------------------|---|
| TAGRISO (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 |
| TAZVERIK 200 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (8 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 |
| TRUQAP (160 MG TAB, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK) | Tier 5 | LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB) | Tier 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TURALIO 125 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VANFLYTA 17.7 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VANFLYTA 26.5 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (2 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 |

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 |
|--|------------------------|---|
| 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 |
| 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 |
| XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK | Tier 5 | LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 10 MG TAB THPK | Tier 5 | LA, QL (16 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK | Tier 5 | LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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 (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK | Tier 5 | LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK | Tier 5 | LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK | Tier 5 | LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK | Tier 5 | LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 80 MG TAB THPK | Tier 5 | QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK | Tier 5 | LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB) | Tier 5 | LA, QL (1 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 | | |
| <i>bexarotene 1 % gel</i> | Tier 5 | QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>bexarotene 75 mg cap</i> | Tier 5 | QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| PANRETIN 0.1 % GEL | Tier 5 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>tretinoin 10 mg cap</i> | Tier 5 | |

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

ANTINEOPLASTICS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|-------------------------|------------------------|---|
| TREATMENT ADJUNCTS | | |
| <i>mesna 400 mg tab</i> | Tier 4 | |
| VONJO 100 MG CAP | Tier 5 | LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

ANTIPARASITICS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|-------------------------------|
| ANTHELMINTHICS | | |
| <i>albendazole 200 mg tab</i> | Tier 4 | |
| <i>ivermectin 3 mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>praziquantel 600 mg tab</i> | Tier 3 | |
| ANTIPROTOZOALS | | |
| <i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i> | Tier 4 | PA |
| <i>atovaquone-proguanil hcl (250- 100 mg tab, 62.5-25 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| BENZNIDAZOLE 100 MG TAB | Tier 4 | QL (240 PER 365 OVER TIME) |
| BENZNIDAZOLE 12.5 MG TAB | Tier 4 | QL (720 PER 365 OVER TIME) |
| <i>chloroquine phosphate (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (25 PER 30 DAYS) |
| COARTEM 20-120 MG TAB | Tier 4 | QL (24 PER 2 OVER TIME) |
| <i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab</i> | Tier 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>hydroxychloroquine sulfate 200 mg tab</i> | Tier 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>hydroxychloroquine sulfate 300 mg tab</i> | Tier 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>hydroxychloroquine sulfate 400 mg tab</i> | Tier 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |

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

ANTIPARASITICS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|--------------------------------|
| IMPAVIDO 50 MG CAP | Tier 5 | PA, QL (84 PER 28 DAYS) |
| <i>mefloquine hcl 250 mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>nitazoxanide 500 mg tab</i> | Tier 5 | PA, QL (6 PER 3 OVER TIME) |
| <i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i> | Tier 3 | |
| <i>primaquine phosphate 26.3 (15 base) mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>pyrimethamine 25 mg tab</i> | Tier 5 | PA |
| <i>quinine sulfate 324 mg cap</i> | Tier 3 | PA, QL (6 PER 1 DAYS) |

ANTIPARKINSON AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| ANTICHOLINERGICS | | |
| <i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>benztropine mesylate 1 mg/ml solution</i> | Tier 4 | |
| <i>trihexyphenidyl hcl (0.4 mg/ml solution, 2 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| ANTIPARKINSON AGENTS, OTHER | | |
| <i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab, 100 mg/10ml solution, 50 mg/5ml solution)</i> | Tier 2 | |
| <i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>entacapone 200 mg tab</i> | Tier 4 | QL (8 PER 1 DAYS) |

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

ANTIPARKINSON AGENTS

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

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

ANTIPSYCHOTICS

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

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

ANTIPSYCHOTICS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|---|
| <i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i> | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i> | Tier 4 | QL (25 PER 1 DAYS) |
| <i>aripiprazole 2 mg tab</i> | Tier 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>aripiprazole 5 mg tab</i> | Tier 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>asenapine maleate (10 mg sl tab, 2.5 mg sl tab, 5 mg sl tab)</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP) | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (4.5 ML PER 365 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR | Tier 4 | QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB) | Tier 4 | QL (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 A 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB | Tier 4 | QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| FANAPT TITRATION PACK B 1 & 2 & 6 & 8 MG TAB | Tier 4 | QL (12 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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 |
|---|------------------------|--|
| FANAPT TITRATION PACK C 1 & 2 & 6 MG TAB | Tier 4 | QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (0.75 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (1 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (1.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR | Tier 4 | QL (0.25 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (0.5 ML PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (0.88 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (1.32 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (1.75 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR | Tier 5 | QL (2.63 PER 84 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>lurasidone hcl (120 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>lurasidone hcl 80 mg tab</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |

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 |
|--|------------------------|--|
| NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP) | Tier 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>olanzapine (10 mg recon soln, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp, 5 mg tab disp)</i> | Tier 4 | |
| <i>olanzapine (10 mg tab, 15 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| OPIPZA (10 MG FILM, 5 MG FILM) | Tier 5 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| OPIPZA 2 MG FILM | Tier 5 | QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>paliperidone er (1.5 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 9 mg tab er 24h)</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>paliperidone er 6 mg tab er 24h</i> | 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 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>quetiapine fumarate (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i> | Tier 4 | |
| REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB) | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>risperidone (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i> | Tier 4 | |
| <i>risperidone (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>risperidone 1 mg/ml solution</i> | Tier 3 | |

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

ANTIPSYCHOTICS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|--|
| <i>risperidone microspheres er (12.5 mg srer, 25 mg srer)</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>risperidone microspheres er (37.5 mg srer, 50 mg srer)</i> | Tier 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR) | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VRAYLAR (0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP) | Tier 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 |
| <i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i> | Tier 3 | |
| <i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i> | Tier 4 | |
| ZYPREXA RELPREVV (210 MG RECON SUSP, 300 MG RECON SUSP, 405 MG RECON SUSP) | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ANTIPSYCHOTICS, OTHER | | |
| COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP) | Tier 5 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK | Tier 5 | QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| TREATMENT-RESISTANT | | |
| <i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i> | Tier 4 | |
| <i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION | Tier 5 | QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |

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 |
|---|------------------------|------------------------|
| ANTISPASTICITY AGENTS | | |
| <i>baclofen (10 mg tab, 20 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>baclofen 15 mg tab</i> | Tier 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>baclofen 5 mg tab</i> | Tier 2 | QL (16 PER 1 DAYS) |
| <i>dantrolene sodium (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i> | Tier 4 | |
| <i>tizanidine hcl (2 mg tab, 4 mg tab)</i> | Tier 2 | |

ANTIVIRALS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|----------------------------|
| ANTI-CYTOMEGALOVIRUS (CMV) AGENTS | | |
| LIVTENCITY 200 MG TAB | Tier 5 | PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| PREVYMIS (120 MG PACKET, 20 MG PACKET) | Tier 5 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB) | Tier 5 | QL (200 PER 365 OVER TIME) |
| <i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i> | Tier 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i> | Tier 4 | QL (18 PER 1 DAYS) |
| ANTI-HEPATITIS B (HBV) AGENTS | | |
| <i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION | Tier 5 | QL (21 PER 1 DAYS) |
| <i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION | Tier 3 | |
| <i>lamivudine 100 mg tab</i> | Tier 3 | |
| ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS | | |
| 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) |

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 |
|--|------------------------|--------------------------------|
| RIBAVIRIN (200 MG CAP, 200 MG TAB) | Tier 2 | |
| <i>ribavirin 6 gm recon soln</i> | Tier 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| VOSEVI 400-100-100 MG TAB | Tier 5 | PA, QL (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) | | |
| DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| EDURANT 25 MG TAB | Tier 5 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL | Tier 5 | QL (6 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) |
| <i>efavirenz 600 mg tab</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg tab</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |

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

ANTIVIRALS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i> | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg tab</i> | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>etravirine 100 mg tab</i> | Tier 5 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>etravirine 200 mg tab</i> | Tier 5 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| INTELENCE 25 MG TAB | Tier 4 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>nevirapine 200 mg tab</i> | 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) |
| <i>nevirapine er 400 mg tab er 24h</i> | 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) |
| <i>rilpivirine hcl 25 mg tab</i> | Tier 5 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| ANTI-HIV AGENTS, NUCLEOSIDE AND NUCLEOTIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NRTI) | | |
| <i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i> | Tier 4 | QL (30 PER 1 DAYS) |
| <i>abacavir sulfate 300 mg tab</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i> | Tier 4 | QL (1 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) |
| <i>emtricitabine 200 mg cap</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION | Tier 4 | QL (24 PER 1 DAYS) |
| <i>lamivudine (10 mg/ml solution, 300 mg/30ml solution)</i> | Tier 3 | QL (30 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 |
|--|------------------------|--|
| <i>lamivudine 150 mg tab</i> | Tier 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>lamivudine 300 mg tab</i> | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i> | 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) |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i> | Tier 3 | 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 4 | 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 DAYS) |
| <i>zidovudine 100 mg cap</i> | Tier 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>zidovudine 300 mg tab</i> | Tier 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>zidovudine 50 mg/5ml syrup</i> | Tier 2 | QL (60 PER 1 DAYS) |
| ANTI-HIV AGENTS, OTHER | | |
| CABENUVA 400 & 600 MG/2ML SUSP | Tier 5 | QL (4 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| CABENUVA 600 & 900 MG/3ML SUSP | Tier 5 | QL (6 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| IDVYNZO 100-0.25 MG TAB | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>maraviroc 150 mg tab</i> | Tier 5 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>maraviroc 300 mg tab</i> | 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) |

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

ANTIVIRALS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|--|
| SELZENTRY 75 MG TAB | Tier 5 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| SUNLENCA 300 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (24 PER 168 OVER TIME) |
| SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK | Tier 5 | QL (4 PER 180 OVER TIME) |
| SUNLENCA 463.5 MG/1.5ML SOLUTION | Tier 5 | QL (3 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK | Tier 5 | QL (5 PER 180 OVER TIME) |
| TYBOST 150 MG TAB | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| ANTI-HIV AGENTS, PROTEASE INHIBITORS (PI) | | |
| APTIVUS 250 MG CAP | Tier 5 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap)</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>atazanavir sulfate 300 mg cap</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>darunavir 600 mg tab</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>darunavir 800 mg tab</i> | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| EVOTAZ 300-150 MG TAB | Tier 5 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i> | Tier 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| KALETRA 400-100 MG/5ML SOLUTION | Tier 4 | QL (13 PER 1 DAYS) |
| LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION | Tier 4 | QL (56 PER 1 DAYS) |
| <i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg tab</i> | Tier 4 | QL (10 PER 1 DAYS) |
| <i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg tab</i> | Tier 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5ml solution</i> | Tier 4 | QL (13 PER 1 DAYS) |
| NORVIR 100 MG CAP | Tier 4 | |
| NORVIR 100 MG PACKET | Tier 4 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| NORVIR 80 MG/ML SOLUTION | Tier 4 | QL (15 PER 1 DAYS) |
| PREZCOBIX (675-150 MG TAB, 800-150 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 |
|--|------------------------|-----------------------------------|
| 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) |
| <i>ritonavir 100 mg tab</i> | 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 | | |
| <i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i> | Tier 3 | QL (120 PER 180 OVER TIME) |
| <i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i> | Tier 3 | QL (42 PER 180 OVER TIME) |
| <i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i> | Tier 3 | QL (1080 PER 365 OVER TIME) |
| <i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i> | Tier 3 | QL (60 PER 180 OVER TIME) |
| RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA | Tier 3 | QL (60 PER 180 OVER TIME) |
| RIMANTADINE HCL 100 MG TAB | Tier 4 | |
| XOFLUZA (40 MG DOSE) 1 X 40 MG TAB THPK | Tier 4 | QL (2 PER 30 OVER TIME) |
| XOFLUZA (80 MG DOSE) 1 X 80 MG TAB THPK | Tier 4 | QL (1 PER 30 OVER TIME) |
| ANTIHERPETIC AGENTS | | |
| <i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i> | Tier 4 | |
| <i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i> | Tier 2 | |

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

ANTIVIRALS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|--------------------------|
| <i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS | | |
| LAGEVRIO 200 MG CAP | Tier 5 | QL (40 PER 30 OVER TIME) |
| PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK | Tier 2 | QL (20 PER 30 OVER TIME) |
| PAXLOVID (300/100 & 150/100) 6 X 150 MG & 5 X 100MG TAB THPK | Tier 2 | QL (11 PER 30 OVER TIME) |
| PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK | Tier 2 | QL (30 PER 30 OVER TIME) |

ANXIOLYTICS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| ANXIOLYTICS, OTHER | | |
| <i>buspirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| BENZODIAZEPINES | | |
| <i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>alprazolam 2 mg tab</i> | Tier 2 | QL (5 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp)</i> | Tier 3 | QL (40 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam 0.5 mg tab</i> | Tier 2 | QL (40 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam 1 mg tab</i> | Tier 2 | QL (20 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam 1 mg tab disp</i> | Tier 3 | QL (20 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam 2 mg tab</i> | Tier 2 | QL (10 PER 1 DAYS) |
| <i>clonazepam 2 mg tab disp</i> | Tier 3 | QL (10 PER 1 DAYS) |
| <i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i> | Tier 4 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i> | Tier 4 | QL (24 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 |
|---|------------------------|------------------------|
| <i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i> | Tier 4 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>diazepam (5 mg tab, 5 mg/ml conc)</i> | Tier 2 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>diazepam 10 mg tab</i> | Tier 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>diazepam 2 mg tab</i> | Tier 2 | QL (30 PER 1 DAYS) |
| <i>diazepam 5 mg/5ml solution</i> | Tier 2 | QL (60 PER 1 DAYS) |
| <i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i> | Tier 2 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>lorazepam 0.5 mg tab</i> | Tier 2 | QL (20 PER 1 DAYS) |
| <i>lorazepam 1 mg tab</i> | Tier 2 | QL (10 PER 1 DAYS) |
| <i>lorazepam 2 mg tab</i> | Tier 2 | QL (5 PER 1 DAYS) |
| <i>lorazepam 2 mg/ml conc</i> | Tier 3 | QL (5 PER 1 DAYS) |
| <i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i> | Tier 3 | QL (5 PER 1 DAYS) |

BIPOLAR AGENTS

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| ANTIDIABETIC AGENTS | | |
| <i>acarbose (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 2 | |

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| <i>dapaglifloz base-metformin er (10-1000 mg tab er 24h, 10-500 mg tab er 24h, 5-500 mg tab er 24h)</i> | Tier 2 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>dapaglifloz base-metformin er 5-1000 mg tab er 24h</i> | Tier 2 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>glipizide (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>glipizide er (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i> | Tier 1 | |
| <i>glipizide xl (10 mg tab er 24h, 2.5 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i> | Tier 1 | |
| <i>glipizide-metformin hcl (2.5-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>glyburide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| GLYBURIDE MICRONIZED (1.5 MG TAB, 3 MG TAB, 6 MG TAB) | Tier 1 | |
| <i>glyburide-metformin (1.25-250 mg tab, 2.5-500 mg tab, 5-500 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| GLYXAMBI (10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB) | Tier 3 | QL (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 (25 MG TAB, 50 MG TAB) | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| JANUVIA 100 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) |
| JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H | 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 5-1000 MG TAB ER 24H | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB, 40 MG TAB) | Tier 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>metformin hcl (1000 mg tab, 500 mg tab, 850 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>metformin hcl er (500 mg tab er 24h, 750 mg tab er 24h)</i> | Tier 1 | |
| MOUNJARO (10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ) | Tier 3 | PA, QL (2 PER 28 DAYS) |
| <i>nateglinide (120 mg tab, 60 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML SOLN PEN | Tier 3 | PA, QL (3 PER 28 DAYS) |
| OZEMPIC (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML SOLN PEN | Tier 3 | PA, QL (3 PER 28 DAYS) |
| OZEMPIC (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB) | Tier 3 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| OZEMPIC (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML SOLN PEN | Tier 3 | PA, QL (3 PER 28 DAYS) |
| <i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i> | Tier 1 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15- 500 mg tab, 15-850 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| RYBELSUS (14 MG TAB, 3 MG TAB, 7 MG TAB) | Tier 3 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>sitagliptin phos-metformin hcl (50- 1000 mg tab, 50-500 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| SYNJARDY (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB, 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB) | Tier 3 | QL (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 DAYS) |
| XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H) | Tier 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| XIGDUO XR 10-1000 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) |
| <i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i> | Tier 5 | |
| GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN | Tier 3 | QL (2 PER 2 OVER TIME) |
| <i>glucagon emergency (1 mg recon soln, 1 mg/ml recon soln)</i> | Tier 3 | QL (2 PER 2 OVER TIME) |
| INSULINS | | |
| FIASP 100 UNIT/ML SOLUTION | Tier 3 | |
| FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | |
| FIASP PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART | Tier 3 | |
| FIASP PUMPCART 100 UNIT/ML SOLN CART | Tier 3 | |
| HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART | Tier 3 | |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | |

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

BLOOD GLUCOSE REGULATORS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|--------------------------------|
| HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN) | Tier 3 | |
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN (50-50) 100 UNIT/ML SUSP PEN | Tier 3 | |
| HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION | Tier 3 | |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN | Tier 3 | |
| HUMULIN 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION | Tier 3 | |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN (70-30) 100 UNIT/ML SUSP PEN | Tier 3 | |
| HUMULIN N 100 UNIT/ML SUSPENSION | Tier 3 | |
| HUMULIN N KWIKPEN 100 UNIT/ML SUSP PEN | Tier 3 | |
| 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 ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION | Tier 3 | |
| INSULIN ASPART FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | |
| INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART | 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 | |

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 |
|--|------------------------|------------------------|
| INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN | Tier 3 | |
| LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION | Tier 3 | QL (40 PER 30 DAYS) |
| LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | QL (45 PER 30 DAYS) |
| NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | |
| NOVOLIN R FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | |
| NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION | Tier 3 | |
| NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | |
| NOVOLOG FLEXPEN RELION 100 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | |
| NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART | Tier 3 | |
| NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION | Tier 3 | |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | QL (18 PER 28 DAYS) |
| TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | QL (18 PER 28 DAYS) |
| TRESIBA 100 UNIT/ML SOLUTION | Tier 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| TRESIBA FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| TRESIBA FLEXTOUCH 200 UNIT/ML SOLN PEN | Tier 3 | QL (27 PER 30 DAYS) |

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| ANTICOAGULANTS | | |
| <i>dabigatran etexilate mesylate (110 mg cap, 150 mg cap, 75 mg cap)</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|--------------------------------|
| ELIQUIS (0.15 MG CAP SPRINK, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB) | Tier 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| ELIQUIS (1.5 MG PACK) 3 X 0.5 MG TAB SOL | Tier 3 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| ELIQUIS (2 MG PACK) 4 X 0.5 MG TAB SOL | Tier 3 | QL (16 PER 1 DAYS) |
| ELIQUIS 0.5 MG TAB SOL | Tier 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK | Tier 3 | QL (74 PER 180 OVER TIME) |
| <i>enoxaparin sodium (100 mg/ml soln prsy, 150 mg/ml soln prsy, 300 mg/3ml solution)</i> | Tier 4 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>enoxaparin sodium (120 mg/0.8ml soln prsy, 80 mg/0.8ml soln prsy)</i> | Tier 4 | QL (48 PER 30 DAYS) |
| <i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln prsy</i> | Tier 4 | QL (18 PER 30 DAYS) |
| <i>enoxaparin sodium 40 mg/0.4ml soln prsy</i> | Tier 4 | QL (24 PER 30 DAYS) |
| <i>enoxaparin sodium 60 mg/0.6ml soln prsy</i> | Tier 4 | QL (36 PER 30 DAYS) |
| <i>fondaparinux sodium 10 mg/0.8ml solution</i> | Tier 5 | QL (24 PER 30 DAYS) |
| <i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i> | Tier 4 | QL (15 PER 30 DAYS) |
| <i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml solution</i> | Tier 5 | QL (12 PER 30 DAYS) |
| <i>fondaparinux sodium 7.5 mg/0.6ml solution</i> | Tier 5 | QL (18 PER 30 DAYS) |
| <i>heparin sodium (porcine) (1000 unit/ml solution, 10000 unit/ml solution, 20000 unit/ml solution, 5000 unit/ml solution)</i> | Tier 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i> | Tier 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>jantoven (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i> | Tier 1 | |

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|---------------------------|
| <i>rivaroxaban 1 mg/ml recon susp</i> | Tier 3 | QL (20 ML PER 1 DAYS) |
| <i>rivaroxaban 2.5 mg tab</i> | Tier 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>warfarin sodium (1 mg tab, 10 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| XARELTO (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB) | Tier 3 | QL (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 | | |
| <i>anagrelide hcl (0.5 mg cap, 1 mg cap)</i> | 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, 60 MCG/ML SOLUTION) | Tier 4 | PA |
| 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, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR) | Tier 5 | PA |
| ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR | Tier 5 | PA |
| <i>eltrombopag olamine (12.5 mg packet, 12.5 mg tab)</i> | Tier 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>eltrombopag olamine (25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 5 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i> | Tier 5 | PA, QL (6 PER 1 DAYS) |

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

BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| <i>eltrombopag olamine 75 mg tab</i> | Tier 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR | Tier 5 | PA |
| NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION) | Tier 5 | PA |
| RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION) | Tier 4 | PA |
| UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR) | Tier 5 | PA |
| ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR) | Tier 5 | PA |
| HEMOSTASIS AGENTS | | |
| <i>tranexamic acid 650 mg tab</i> | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| PLATELET MODIFYING AGENTS | | |
| <i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i> | Tier 4 | |
| <i>cilostazol (100 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i> | Tier 1 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>dipyridamole (25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>prasugrel hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i> | Tier 3 | QL (2 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 | | |
| <i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i> | Tier 3 | |
| <i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>droxidopa 100 mg cap</i> | Tier 4 | PA, QL (18 PER 1 DAYS) |
| <i>droxidopa 200 mg cap</i> | Tier 5 | PA, QL (9 PER 1 DAYS) |
| <i>droxidopa 300 mg cap</i> | Tier 5 | PA, QL (84 PER 90 OVER TIME) |
| <i>guanfacine hcl (1 mg tab, 2 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| METHYLDOPA (250 MG TAB, 500 MG TAB) | Tier 2 | |
| <i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 3 | |
| ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS | | |
| <i>doxazosin mesylate (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>prazosin hcl (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>terazosin hcl (1 mg cap, 10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i> | Tier 1 | |
| ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS | | |
| <i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i> | Tier 1 | |

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

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

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 | | |
| <i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>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)</i> | Tier 1 | |
| <i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>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)</i> | Tier 1 | |
| <i>atenolol-chlorthalidone (100-25 mg tab, 50-25 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>benazepril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (10-6.25 mg tab, 2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>candesartan cilexetil-hctz (16-12.5 mg tab, 32-12.5 mg tab, 32-25 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| CAPTOPRIL- HYDROCHLOROTHIAZIDE (25-15 MG TAB, 25-25 MG TAB, 50-15 MG TAB, 50-25 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 |
|---|------------------------|------------------------|
| CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION | Tier 4 | PA, QL (20 PER 1 DAYS) |
| <i>enalapril-hydrochlorothiazide (10- 25 mg tab, 5-12.5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| ENTRESTO (15-16 MG CAP SPRINK, 6-6 MG CAP SPRINK) | Tier 3 | QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i> | Tier 4 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10- 12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>metyrosine 250 mg cap</i> | Tier 5 | |
| <i>olmesartan medoxomil-hctz (20- 12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>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)</i> | Tier 1 | |
| <i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i> | Tier 2 | |
| <i>quinapril-hydrochlorothiazide (10- 12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>sacubitril-valsartan (24-26 mg tab, 49-51 mg tab, 97-103 mg tab)</i> | Tier 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i> | Tier 2 | |

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| <i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER) | Tier 1 | |
| <i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>valsartan-hydrochlorothiazide (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB) | Tier 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| DIURETICS, LOOP | | |
| <i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>bumetanide 0.25 mg/ml solution</i> | Tier 4 | |
| FUROSEMIDE (10 MG/ML SOLUTION, 20 MG TAB, 40 MG TAB, 8 MG/ML SOLUTION, 80 MG TAB) | Tier 1 | |
| <i>furosemide 10 mg/ml solution</i> | Tier 4 | |
| <i>torseamide (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| DIURETICS, POTASSIUM-SPARING | | |
| <i>amiloride hcl 5 mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>eplerenone (25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>spironolactone (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| DIURETICS, THIAZIDE | | |
| <i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 2 | |

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| <i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>metolazone (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES | | |
| <i>fenofibrate (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>fenofibrate micronized (130 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap, 43 mg cap, 67 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>fenofibric acid (135 mg cap dr, 45 mg cap dr)</i> | Tier 3 | |
| <i>gemfibrozil 600 mg tab</i> | Tier 2 | |
| DYSLIPIDEMICS, HMG COA REDUCTASE INHIBITORS | | |
| <i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i> | Tier 1 | |
| <i>fluvastatin sodium er 80 mg tab er 24h</i> | Tier 2 | |
| <i>lovastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>pravastatin sodium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>rosuvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>simvastatin (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab, 80 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| DYSLIPIDEMICS, OTHER | | |
| <i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i> | Tier 3 | |
| <i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i> | Tier 2 | |

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

CARDIOVASCULAR AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| <i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i> | Tier 3 | |
| <i>colestipol hcl 1 gm tab</i> | Tier 2 | |
| <i>ezetimibe 10 mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i> | Tier 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC) 500 MG TAB | Tier 4 | |
| <i>niacin er (antihyperlipidemic) (1000 mg tab er, 750 mg tab er)</i> | Tier 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>niacin er (antihyperlipidemic) 500 mg tab er</i> | Tier 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| NIACOR 500 MG TAB | Tier 4 | |
| <i>omega-3-acid ethyl esters 1 gm cap</i> | Tier 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>prevalite (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i> | Tier 3 | |
| REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR | Tier 3 | PA |
| REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART | Tier 3 | PA |
| REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ | Tier 3 | PA |
| SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I) | | |
| <i>dapagliflozin (10 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| FARXIGA (10 MG TAB, 5 MG TAB) | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| JARDIANCE (10 MG TAB, 25 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 |
|--|------------------------|------------------------|
| VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL | | |
| <i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL/VENOUS | | |
| <i>isosorbide dinitrate (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>isosorbide mononitrate (10 mg tab, 20 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>isosorbide mononitrate er (30 mg tab er 24h, 60 mg tab er 24h)</i> | Tier 1 | |
| <i>isosorbide mononitrate er 120 mg tab er 24h</i> | Tier 2 | |
| <i>nitro-bid 2 % ointment</i> | Tier 3 | |
| <i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i> | Tier 2 | |
| <i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i> | Tier 4 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>nitroglycerin 2 % ointment</i> | Tier 3 | |

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES | | |
| <i>amphetamine-dextroamphet er (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i> | Tier 2 | QL (5 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 |
|---|------------------------|------------------------|
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 20 mg tab</i> | Tier 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>amphetamine-dextroamphetamine 30 mg tab</i> | Tier 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>dextroamphetamine sulfate (10 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 4 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 15 mg tab</i> | Tier 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 20 mg tab</i> | Tier 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 30 mg tab</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, NON-AMPHETAMINES | | |
| <i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap)</i> | Tier 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>atomoxetine hcl (100 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i> | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>atomoxetine hcl 40 mg cap</i> | Tier 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>dexmethylphenidate hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>guanfacine hcl er (1 mg tab er 24h, 2 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h, 4 mg tab er 24h)</i> | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg chew tab)</i> | Tier 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg chew tab</i> | Tier 4 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg tab</i> | Tier 2 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i> | Tier 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i> | Tier 2 | QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i> | Tier 3 | QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i> | 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 | | |
| <i>bac (butalbital-acetamin-caff)</i> 50-325-40 mg tab | Tier 3 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>butalbital-apap-caffeine</i> 50-325-40 mg tab | Tier 3 | PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS |
| <i>riluzole</i> 50 mg tab | Tier 3 | |
| <i>tetrabenazine</i> 12.5 mg tab | Tier 4 | PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>tetrabenazine</i> 25 mg tab | Tier 5 | PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| VEOZAH 45 MG TAB | Tier 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| FIBROMYALGIA AGENTS | | |
| DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR | Tier 4 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR | Tier 4 | QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>duloxetine hcl</i> (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part) | Tier 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>duloxetine hcl</i> 30 mg cp dr part | Tier 2 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>duloxetine hcl</i> 40 mg cp dr part | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>pregabalin</i> (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap) | Tier 3 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>pregabalin</i> (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap) | Tier 3 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>pregabalin</i> 20 mg/ml solution | Tier 3 | QL (30 PER 1 DAYS) |
| MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS | | |
| BETASERON 0.3 MG KIT | Tier 5 | PA, QL (15 PER 30 DAYS) |
| <i>dalfampridine er</i> 10 mg tab er 12h | Tier 3 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>dimethyl fumarate</i> 120 mg cap dr | Tier 4 | PA, QL (2 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 |
|--|------------------------|-------------------------|
| <i>dimethyl fumarate 240 mg cap dr</i> | Tier 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i> | Tier 4 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i> | Tier 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsy</i> | Tier 5 | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsy</i> | Tier 5 | PA, QL (12 PER 28 DAYS) |
| <i>glatopa 20 mg/ml soln prsy</i> | Tier 5 | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>glatopa 40 mg/ml soln prsy</i> | Tier 5 | PA, QL (12 PER 28 DAYS) |
| <i>teriflunomide (14 mg tab, 7 mg tab)</i> | Tier 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |

DENTAL AND ORAL AGENTS

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

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

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

DERMATOLOGICAL AGENTS

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

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

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|--------------------------------|
| <i>klor-con 8 meq tab er</i> | Tier 2 | |
| <i>klor-con m10 10 meq tab er</i> | Tier 2 | |
| <i>klor-con m15 15 meq tab er</i> | Tier 2 | |
| <i>klor-con m20 20 meq tab er</i> | Tier 2 | |
| <i>lactated ringers solution</i> | Tier 4 | |
| <i>magnesium sulfate 50 % solution</i> | Tier 4 | |
| <i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i> | Tier 2 | |
| PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB | Tier 3 | |
| <i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</i> | Tier 4 | |
| <i>potassium chloride crys er (10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er)</i> | Tier 2 | |
| <i>potassium chloride er (10 meq cap er, 10 meq tab er, 15 meq tab er, 20 meq tab er, 8 meq cap er, 8 meq tab er)</i> | Tier 2 | |
| <i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i> | Tier 4 | |
| <i>potassium chloride in nacl (20-0.9 meq/l-% solution, 40-0.9 meq/l-% solution)</i> | Tier 4 | |
| <i>potassium citrate er (10 meq (1080 mg) tab er, 15 meq (1620 mg) tab er, 5 meq (540 mg) tab er)</i> | Tier 3 | |
| POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION | Tier 4 | |
| PREMASOL 10 % SOLUTION | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>prenatal vitamins</i> | Tier 3 | |
| <i>ringers solution</i> | Tier 4 | |
| <i>sodium chloride (0.45 % solution, 0.9 % solution, 2.5 meq/ml solution, 3 % solution, 5 % solution)</i> | Tier 4 | |

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

ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|-----------------------------------|
| <i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i> | Tier 4 | |
| <i>sodium fluoride (0.55 (0.25 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg chew tab, 1.1 (0.5 f) mg/ml solution, 2.2 (1 f) mg chew tab)</i> | Tier 2 | |
| TPN ELECTROLYTES CONC | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS | | |
| <i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i> | Tier 5 | |
| <i>deferasirox 125 mg tab sol</i> | Tier 3 | |
| <i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)</i> | Tier 5 | PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>tolvaptan 15 mg tab</i> | Tier 5 | PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS) |
| <i>tolvaptan 30 mg tab</i> | Tier 5 | PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>trientine hcl 250 mg cap</i> | Tier 5 | PA, QL (8 PER 1 DAYS) |
| TRIENTINE HCL 500 MG CAP | Tier 5 | PA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| PHOSPHATE BINDERS | | |
| <i>calcium acetate (phos binder) 667 mg cap</i> | Tier 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>sevelamer carbonate 800 mg tab</i> | Tier 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| POTASSIUM BINDERS | | |
| <i>kionex 15 gm/60ml suspension</i> | Tier 2 | |
| LOKELMA (10 GM PACKET, 5 GM PACKET) | Tier 3 | |
| <i>sodium polystyrene sulfonate (15 gm/60ml suspension, powder)</i> | Tier 2 | |
| SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (15 GM/60ML SUSPENSION, 30 GM/120ML SUSPENSION) | Tier 2 | |

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

GASTROINTESTINAL AGENTS

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

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

GASTROINTESTINAL AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| <i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| GASTROINTESTINAL AGENTS, OTHER | | |
| <i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i> | Tier 4 | |
| GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN | Tier 2 | |
| <i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i> | Tier 2 | |
| OMNITROPE 10 MG/1.5ML SOLN CART | Tier 5 | PA |
| <i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i> | Tier 2 | |
| <i>ursodiol (250 mg tab, 500 mg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>ursodiol 300 mg cap</i> | Tier 4 | |
| HISTAMINE2 (H2) RECEPTOR ANTAGONISTS | | |
| <i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>famotidine (20 mg tab, 40 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| NIZATIDINE (150 MG CAP, 300 MG CAP) | Tier 2 | |
| PROTECTANTS | | |
| <i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>sucralfate 1 gm tab</i> | Tier 2 | |
| PROTON PUMP INHIBITORS | | |
| <i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr</i> | Tier 4 | |
| <i>esomeprazole magnesium 40 mg cap dr</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>lansoprazole 15 mg cap dr</i> | Tier 2 | |
| <i>lansoprazole 30 mg cap dr</i> | Tier 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |

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

GASTROINTESTINAL AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| <i>omeprazole 10 mg cap dr</i> | Tier 2 | |
| <i>omeprazole 20 mg cap dr</i> | Tier 1 | |
| <i>omeprazole 40 mg cap dr</i> | Tier 1 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr</i> | Tier 1 | |
| <i>pantoprazole sodium 40 mg recon soln</i> | Tier 4 | |
| <i>pantoprazole sodium 40 mg tab dr</i> | Tier 1 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i> | Tier 3 | |

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

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|---------------------------------------|
| GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT | | |
| ALDURAZYME 2.9 MG/5ML SOLUTION | Tier 5 | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ARALAST NP (1000 MG RECON SOLN, 500 MG RECON SOLN) | Tier 5 | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>betaine powder</i> | Tier 5 | |
| <i>carglumic acid 200 mg tab sol</i> | Tier 5 | PA, LA |
| CREON (12000-38000 UNIT CP DR PART, 24000-76000 UNIT CP DR PART, 3000-9500 UNIT CP DR PART, 36000-114000 UNIT CP DR PART, 6000-19000 UNIT CP DR PART) | Tier 3 | |
| DROXIA (200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP) | Tier 3 | |
| ELAPRASE 6 MG/3ML SOLUTION | Tier 5 | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>l-glutamine 5 gm packet</i> | Tier 5 | PA, QL (6 PER 1 DAYS) |
| <i>levocarnitine 330 mg tab</i> | Tier 2 | |
| NAGLAZYME 1 MG/ML SOLUTION | Tier 5 | LA, PA - PART B VS D DETERMINATION |

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 |
|---|------------------------|------------------------|
| <i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i> | Tier 5 | PA |
| REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION | Tier 5 | PA, LA |
| <i>sapropterin dihydrochloride (100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</i> | Tier 5 | PA |
| <i>sodium phenylbutyrate (3 gm/tsp powder, 500 mg tab)</i> | Tier 5 | PA |
| ZENPEP (10000-32000 UNIT CP DR PART, 15000-47000 UNIT CP DR PART, 20000-63000 UNIT CP DR PART, 25000-79000 UNIT CP DR PART, 3000-10000 UNIT CP DR PART, 40000-126000 UNIT CP DR PART, 5000-24000 UNIT CP DR PART, 60000-189600 UNIT CP DR PART) | Tier 3 | |

GENITOURINARY AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| ANTISPASMODICS, URINARY | | |
| GEMTESA 75 MG TAB | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| MYRBETRIQ (25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H) | Tier 3 | |
| MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER | Tier 3 | QL (10 PER 1 DAYS) |
| <i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>oxybutynin chloride er (10 mg tab er 24h, 15 mg tab er 24h, 5 mg tab er 24h)</i> | Tier 2 | |
| <i>solifenacin succinate (10 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>tolterodine tartrate (1 mg tab, 2 mg tab)</i> | Tier 4 | ST |
| <i>tolterodine tartrate er (2 mg cap er 24h, 4 mg cap er 24h)</i> | Tier 4 | ST |

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

GENITOURINARY AGENTS

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|--------------------------------|
| HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL) | | |
| CORTISONE ACETATE 25 MG TAB | Tier 4 | |
| <i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR | Tier 4 | |
| <i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR | Tier 4 | |

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

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|--------------------------------|
| <i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>methylprednisolone acetate (40 mg/ml suspension, 80 mg/ml suspension)</i> | Tier 4 | |
| <i>methylprednisolone sodium succ 125 mg recon soln</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>methylprednisolone sodium succ 40 mg recon soln</i> | Tier 4 | |
| <i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i> | Tier 2 | |
| <i>prednisolone sodium phosphate (15 mg/5ml solution, 25 mg/5ml solution, 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</i> | Tier 2 | |
| <i>prednisone (1 mg tab, 10 mg (21) tab thpk, 10 mg (48) tab thpk, 10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg (21) tab thpk, 5 mg (48) tab thpk, 5 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| PREDNISON 5 MG/5ML SOLUTION | Tier 3 | |
| PREDNISON INTENSOL 5 MG/ML CONC | Tier 4 | |

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

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

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 |
|---|------------------------|------------------------|
| <i>desmopressin acetate pf 4 mcg/ml solution</i> | Tier 4 | |
| <i>desmopressin acetate spray 0.01 % solution</i> | Tier 4 | |
| INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION | Tier 5 | PA, LA |
| OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 5.8 MG RECON SOLN) | Tier 5 | PA |

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

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

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

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

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|---------------------|---------------------|
| <i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | Tier 4 | |
| <i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| ARANELLE 0.5/1/0.5-35 MG-MCG TAB | Tier 3 | |
| <i>ashlyna 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | Tier 4 | |
| <i>abra 0.1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>abra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | Tier 3 | |
| <i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>blisovi fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>camrese 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | Tier 4 | |
| <i>camrese lo 0.1-0.02 & 0.01 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>caziant 0.1/0.125/0.15 -0.025 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>chateal 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>chateal eq 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>cryselle 0.3-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>cyred 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>cyred eq 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |

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

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

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|---------------------|---------------------|
| <i>dasetta 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>dasetta 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>daysee 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | Tier 4 | |
| <i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>desogestrel-ethinyl estradiol (0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, 0.15-30 mg-mcg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>dotti (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i> | Tier 3 | QL (16 PER 28 DAYS) |
| <i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>elinest 0.3-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | Tier 3 | |
| <i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | Tier 3 | |
| <i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i> | Tier 3 | QL (16 PER 28 DAYS) |
| <i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i> | Tier 3 | QL (8 PER 28 DAYS) |
| <i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>estradiol 0.01 % cream</i> | Tier 2 | |
| <i>estradiol 10 mcg tab</i> | Tier 3 | |

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

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

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|---------------------|-------------------------|
| <i>estradiol valerate (10 mg/ml oil, 20 mg/ml oil, 40 mg/ml oil)</i> | Tier 4 | |
| ESTRING (2 MG RING, 7.5 MCG/24HR RING) | Tier 3 | QL (1 PER 84 OVER TIME) |
| <i>estrogens conjugated (0.3 mg tab, 0.45 mg tab, 0.625 mg tab, 0.9 mg tab, 1.25 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | Tier 3 | |
| <i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i> | Tier 3 | |
| <i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | Tier 4 | |
| <i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i> | Tier 4 | |
| <i>jolessa 0.15-0.03 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>joyeaux 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i> | Tier 3 | |
| <i>juleber 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |

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

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

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

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

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

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

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

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

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|---------------------|---------------------|
| <i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i> | Tier 3 | |
| <i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>norethin-eth estradiol-fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i> | Tier 3 | |
| <i>norethindrone acet-ethinyl est (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>norgestim-eth estrad triphasic 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>ocella 3-0.03 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>philith 0.4-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>pimtrea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | Tier 3 | |
| <i>pirmella 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>pirmella 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM | Tier 3 | |

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

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

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|---------------------|---------------------|
| <i>previfem 0.25-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>setlakin 0.15-0.03 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>simliya 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i> | Tier 3 | |
| <i>simpesse 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i> | Tier 4 | |
| <i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>syeda 3-0.03 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>tarina fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>tarina fe 1/20 eq 1-20 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>tri-lynyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i> | Tier 3 | |
| VALTYA 1/50 1-50 MG-MCG TAB | Tier 3 | |
| VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB | Tier 3 | |
| <i>vestura 3-0.02 mg tab</i> | Tier 3 | |

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

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

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

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

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

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|---------------------|--------------------------|
| <i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i> | Tier 3 | |
| <i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i> | Tier 2 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>meleya 0.35 mg tab</i> | Tier 3 | |
| NEXPLANON 68 MG IMPLANT | Tier 3 | |
| <i>nora-be 0.35 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>norethindrone 0.35 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>norethindrone acetate 5 mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>norlyda 0.35 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>norlyroc 0.35 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>orquidea 0.35 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i> | Tier 2 | |
| <i>sharobel 0.35 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>tulana 0.35 mg tab</i> | Tier 3 | |
| SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODIFYING AGENTS | | |
| OSPHENA 60 MG TAB | Tier 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>raloxifene hcl 60 mg tab</i> | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |

HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|---------------------|---------------------|
| HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID) | | |
| <i>euthyrox (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i> | Tier 1 | |

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 |
|--|------------------------|------------------------|
| <i>levo-t (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i> | Tier 1 | |
| <i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i> | Tier 3 | |
| <i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i> | Tier 2 | |
| REZDIFFRA (100 MG TAB, 60 MG TAB, 80 MG TAB) | Tier 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| SYNTHROID (100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 25 MCG TAB, 300 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB) | Tier 3 | |
| <i>unithroid (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i> | Tier 3 | |

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY) | | |
| <i>cabergoline 0.5 mg tab</i> | Tier 3 | |
| <i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i> | Tier 4 | |
| LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT) | Tier 5 | |

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

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|---|
| LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT) | Tier 5 | |
| LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT | Tier 5 | |
| LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT | Tier 5 | |
| <i>mifepristone 300 mg tab</i> | Tier 5 | PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>octreotide acetate (100 mcg/ml soln prsy, 100 mcg/ml solution, 1000 mcg/ml solution, 200 mcg/ml solution, 50 mcg/ml soln prsy, 50 mcg/ml solution, 500 mcg/ml solution)</i> | Tier 4 | PA |
| OCTREOTIDE ACETATE 500 MCG/ML SOLN PRSYR | Tier 5 | PA |
| ORGOVYX 120 MG TAB | Tier 5 | LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION) | Tier 5 | PA, LA, QL (60 PER 30 DAYS) |
| SOMAVERT (10 MG RECON SOLN, 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN, 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN) | Tier 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION | Tier 5 | |

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

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

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 |
|---|------------------------|------------------------------|
| ANGIOEDEMA AGENTS | | |
| HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN) | Tier 5 | PA, LA |
| <i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i> | Tier 5 | PA, QL (36 PER 60 OVER TIME) |
| <i>sajazir 30 mg/3ml soln prsy</i> | Tier 5 | PA, QL (36 PER 60 OVER TIME) |
| IMMUNOGLOBULINS | | |
| GAMUNEX-C (1 GM/10ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION) | Tier 5 | PA |
| HIZENTRA (1 GM/5ML SOLN PRSYR, 1 GM/5ML SOLUTION, 10 GM/50ML SOLN PRSYR, 10 GM/50ML SOLUTION, 2 GM/10ML SOLN PRSYR, 2 GM/10ML SOLUTION, 4 GM/20ML SOLN PRSYR, 4 GM/20ML SOLUTION) | Tier 5 | PA, LA |
| IMMUNOLOGICAL AGENTS, OTHER | | |
| ARCALYST 220 MG RECON SOLN | Tier 5 | PA, LA |
| AURANOFIN 3 MG CAP | Tier 3 | |
| BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR) | Tier 5 | PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS) |
| COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR) | Tier 5 | PA, LA |
| COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR | Tier 5 | PA, LA |
| COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ | Tier 5 | PA, LA |
| COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ | Tier 5 | PA, LA |
| COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ | Tier 5 | PA, LA |

이 표에 있는 기호와 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 |
|---|------------------------|--------------------------------|
| 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 |
| OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK) | Tier 5 | PA, QL (55 PER 28 OVER TIME) |
| OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK 10&20&30&(ER)75 MG TAB THPK | Tier 5 | PA, QL (41 PER 28 DAYS) |
| RIDAURA 3 MG CAP | Tier 3 | |
| RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H) | Tier 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| RINVOQ 45 MG TAB ER 24H | Tier 5 | PA, QL (168 PER 365 OVER TIME) |
| RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION | Tier 5 | PA, QL (12 ML PER 1 DAYS) |
| 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 180 MG/1.2ML SOLN CART | Tier 5 | PA, QL (1.2 PER 56 OVER TIME) |
| SKYRIZI 360 MG/2.4ML SOLN CART | Tier 5 | PA, QL (2.4 PER 56 OVER TIME) |
| SKYRIZI 600 MG/10ML SOLUTION | Tier 5 | PA, QL (30 PER 365 OVER TIME) |
| SKYRIZI PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ | Tier 5 | PA, QL (6 PER 365 OVER TIME) |
| STELARA 45 MG/0.5ML SOLUTION | Tier 5 | PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS) |
| <i>tofacitinib citrate (10 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 5 | PA, QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>tofacitinib citrate 1 mg/ml solution</i> | Tier 5 | PA, QL (300 ML PER 30 DAYS) |
| <i>tofacitinib citrate er (11 mg tab er 24h, 22 mg tab er 24h)</i> | Tier 5 | PA, QL (30 PER 30 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 |
|---|------------------------|--|
| TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR) | Tier 5 | PA, QL (3.6 PER 28 DAYS) |
| USTEKINUMAB 45 MG/0.5ML SOLUTION | Tier 5 | PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS) |
| USTEKINUMAB-AEKN 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR | Tier 4 | PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS) |
| USTEKINUMAB-AEKN 90 MG/ML SOLN PRSYR | Tier 5 | PA, QL (1 ML 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) |
| XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H) | Tier 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| XOLAIR (150 MG/ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ) | Tier 5 | PA, QL (8 PER 28 DAYS) |
| XOLAIR (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR) | Tier 5 | PA, LA, QL (8 PER 28 DAYS) |
| YESINTEK (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION) | Tier 4 | PA, QL (0.5 ML PER 28 DAYS) |
| YESINTEK 130 MG/26ML SOLUTION | Tier 5 | PA, QL (104 ML PER 365 OVER TIME) |
| YESINTEK 90 MG/ML SOLN PRSYR | Tier 5 | PA, QL (1 ML PER 28 DAYS) |
| IMMUNOSTIMULANTS | | |
| ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION | Tier 5 | LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR | Tier 5 | LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR | Tier 5 | PA, QL (2 PER 30 DAYS) |
| PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION | Tier 5 | PA, QL (4 PER 30 DAYS) |
| IMMUNOSUPPRESSANTS | | |
| <i>azathioprine 50 mg tab</i> | Tier 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

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 |
|---|------------------------|--------------------------------|
| AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg/ml solution)</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>cyclosporine modified (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap)</i> | Tier 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ENBREL (25 MG RECON SOLN, 50 MG/ML SOLN PRSYR) | Tier 5 | PA, QL (8 PER 28 DAYS) |
| ENBREL 25 MG/0.5ML SOLN PRSYR | Tier 5 | PA, QL (4.08 PER 28 DAYS) |
| ENBREL 25 MG/0.5ML SOLUTION | Tier 5 | PA, QL (4 PER 28 DAYS) |
| ENBREL MINI 50 MG/ML SOLN CART | Tier 5 | PA, QL (8 PER 28 DAYS) |
| ENBREL SURECLICK 50 MG/ML SOLN A-INJ | Tier 5 | PA, QL (8 PER 28 DAYS) |
| ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H) | Tier 4 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>everolimus (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i> | Tier 5 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>everolimus 0.25 mg tab</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i> | Tier 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR | Tier 5 | PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS) |
| HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR | Tier 5 | PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS) |
| HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ | Tier 5 | PA, QL (2.4 ML PER 28 DAYS) |
| HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ | Tier 5 | PA, QL (4.8 ML PER 28 DAYS) |
| <i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| METHOTREXATE SODIUM (250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION) | Tier 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

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

IMMUNOLOGICAL AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|--------------------------------|
| <i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/40ml solution, 250 mg/10ml solution)</i> | Tier 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution</i> | Tier 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i> | Tier 2 | |
| <i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 500 mg recon soln)</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolate mofetil (250 mg cap, 500 mg tab)</i> | Tier 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolate mofetil hcl 500 mg recon soln</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolate sodium (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>mycophenolic acid (180 mg tab dr, 360 mg tab dr)</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET) | Tier 4 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT | Tier 5 | PA, QL (4 EA PER 28 DAYS) |
| SIMLANDI (1 PEN) 80 MG/0.8ML AUT-IJ KIT | Tier 5 | PA, QL (3 PER 28 DAYS) |
| SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PEF SY KT | Tier 5 | PA, QL (3 PER 28 DAYS) |
| SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT | Tier 5 | PA, QL (4 EA PER 28 DAYS) |
| SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PEF SY KT | Tier 5 | PA, QL (2 PER 28 DAYS) |
| SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PEF SY KT | Tier 5 | PA, QL (4 PER 28 DAYS) |
| <i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i> | Tier 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

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 |
|---|------------------------|-------------------------------------|
| XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION | Tier 4 | PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| VACCINES | | |
| ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN | Tier 3 | VAC |
| ACTHIB RECON SOLN | Tier 3 | |
| ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION) | Tier 3 | VAC |
| AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP | Tier 3 | VAC |
| BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN | Tier 3 | VAC |
| BEXSERO SUSP PRSYR | Tier 3 | VAC |
| BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION) | Tier 3 | VAC |
| DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION | Tier 3 | |
| DENGVAXIA RECON SUSP | Tier 4 | |
| 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 (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION) | Tier 3 | VAC |
| HAVRIX (720 EL U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 EL U/0.5ML SUSPENSION) | Tier 3 | |
| HAVRIX 1440 EL U/ML SUSP PRSYR | Tier 3 | VAC |
| HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR | Tier 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC |
| HIBERIX 10 MCG RECON SOLN | Tier 3 | |
| IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP | Tier 3 | VAC |

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 |
|---|------------------------|--|
| INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION | Tier 3 | |
| IPOL SUSPENSION | Tier 3 | VAC |
| IXIARO SUSPENSION | Tier 4 | VAC |
| JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION | Tier 3 | VAC |
| KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR | Tier 3 | |
| M-M-R II RECON SOLN | Tier 3 | VAC |
| MENACTRA SOLUTION | Tier 3 | VAC |
| MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION) | Tier 3 | VAC |
| MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION) | Tier 3 | VAC |
| MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR | Tier 3 | VAC |
| PEDIARIX SUSP PRSYR | Tier 3 | |
| PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION | Tier 3 | |
| PENMENVY RECON SUSP | Tier 3 | |
| PENTACEL RECON SUSP | Tier 3 | |
| PRIORIX RECON SUSP | Tier 3 | VAC |
| PROQUAD RECON SUSP | Tier 3 | |
| QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION) | Tier 3 | |
| RABAVERT RECON SUSP | Tier 3 | VAC |
| RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION) | Tier 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC |
| ROTARIX (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 |

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 |
|--|------------------------|-------------------------------------|
| SHINGRIX 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR | Tier 3 | QL (1 ML PER 365 DAYS), VAC |
| TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION | Tier 3 | VAC |
| TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION | Tier 3 | VAC |
| TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR | Tier 3 | |
| TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR | Tier 3 | VAC |
| TRUMENBA SUSP PRSYR | Tier 3 | VAC |
| TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR | Tier 3 | 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 SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION) | Tier 3 | |
| VAQTA (50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION) | Tier 3 | VAC |
| VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP | Tier 3 | VAC |
| VAXCHORA RECON SUSP | Tier 4 | VAC |
| VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR | Tier 4 | |
| VIVOTIF CAP DR | Tier 4 | |
| YF-VAX RECON SUSP | Tier 4 | VAC |

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| AMINOSALICYLATES | | |
| <i>balsalazide disodium 750 mg cap</i> | Tier 3 | |

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

INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| <i>mesalamine (1000 mg suppos, 4 gm enema)</i> | Tier 4 | |
| <i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i> | Tier 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>mesalamine er 0.375 gm cap er 24h</i> | Tier 3 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i> | Tier 2 | |
| GLUCOCORTICOIDS | | |
| <i>budesonide 3 mg cp dr part</i> | Tier 4 | QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>budesonide er 9 mg tab er 24h</i> | Tier 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| CORTIFOAM 10 % FOAM | Tier 4 | |
| <i>hydrocortisone (10 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | |
| <i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i> | Tier 3 | |

METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|-----------------------------|
| METABOLIC BONE DISEASE AGENTS | | |
| <i>alendronate sodium (10 mg tab, 35 mg tab, 70 mg tab)</i> | Tier 1 | |
| ALENDRONATE SODIUM 5 MG TAB | Tier 2 | |
| <i>alendronate sodium 70 mg/75ml solution</i> | Tier 4 | |
| BILDYOS 60 MG/ML SOLN PRSYR | Tier 4 | PA |
| BILPREVDA 120 MG/1.7ML SOLUTION | Tier 5 | PA, QL (1.7 ML PER 28 DAYS) |
| <i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i> | Tier 2 | QL (3.7 PER 30 DAYS) |
| <i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i> | Tier 2 | |

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 |
|---|------------------------|--|
| CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>doxercalciferol 4 mcg/2ml solution</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ibandronate sodium 150 mg tab</i> | Tier 1 | |
| <i>ibandronate sodium 3 mg/3ml solution</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| JUBBONTI 60 MG/ML SOLN PRSYR | Tier 4 | PA |
| <i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 2 mcg/ml solution, 4 mcg cap, 5 mcg/ml solution)</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen</i> | Tier 5 | PA |
| TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN | Tier 5 | PA, QL (1.56 PER 28 DAYS) |
| WYOST 120 MG/1.7ML SOLUTION | Tier 5 | QL (1.7 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY |
| <i>zoledronic acid (4 mg/100ml solution, 4 mg/5ml conc, 5 mg/100ml solution)</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS | | |
| ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC | Tier 3 | |
| ALCOHOL 70% PADS | Tier 2 | |
| ALCOHOL PREP PAD | Tier 2 | |

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 PREP PADS 70 % PAD | Tier 2 | |
| ALCOHOL SWABS 70 % PAD | Tier 2 | |
| ALCOHOL SWABSTICK PAD | Tier 2 | |
| AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC) | Tier 3 | |
| AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| ARGYLE STERILE WATER SOLUTION | Tier 2 | |
| ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC | Tier 3 | |
| ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 30G X 5 MM MISC | Tier 3 | |
| AUM ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD | Tier 2 | |
| AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE (31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC) | Tier 3 | |
| AUM PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC) | Tier 3 | |
| BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML MISC | Tier 3 | |
| BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM MISC | Tier 3 | |
| BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM MISC | Tier 3 | |
| BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM MISC | Tier 3 | |
| BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM MISC | Tier 3 | |
| BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD | Tier 2 | |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD | Tier 2 | |

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

MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (27G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC) | Tier 3 | |
| COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC) | Tier 3 | |
| CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD | Tier 2 | |
| CVS ANTIBACTERIAL GAUZE 2"X2" PAD | Tier 2 | |
| DROPLET INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.3 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.3 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC) | Tier 3 | |
| DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC | Tier 3 | |
| DROPLET PEN NEEDLES (29G X 10MM MISC, 29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC) | Tier 3 | |
| DROPSAFE AUTOPROTECT DUO (X 4 MM MISC, X 5 MM MISC, X 8 MM MISC) | Tier 3 | |
| DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC) | Tier 3 | |

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 |
|---|------------------------|------------------------|
| EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (29G X 5/16" 0.5 ML MISC, 29G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 1/2" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 32G X 5/16" 1 ML MISC) | Tier 3 | |
| EASY COMFORT PEN NEEDLES (29G X 4MM MISC, 29G X 5MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| EASY TOUCH INSULIN BARRELS U-100 1 ML MISC | Tier 3 | |
| EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC | Tier 3 | |
| EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC) | Tier 3 | |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC) | Tier 3 | |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 27G X 5/8" 1 ML MISC | Tier 3 | |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC | Tier 3 | |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC) | Tier 3 | |
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC | Tier 3 | |
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC | Tier 3 | |
| EMBECTA PEN NEEDLE U/F 29G X 12.7MM MISC | Tier 3 | |
| EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC) | Tier 3 | |

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 |
|--|------------------------|--------------------------------|
| EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| <i>gauze pads 2</i> | Tier 2 | |
| GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC) | Tier 3 | |
| GOODSENSE ALCOHOL SWABS 70 % PAD | Tier 2 | |
| INSULIN PEN NEEDLES | Tier 3 | |
| INSULIN PEN NEEDLES | Tier 3 | |
| INSULIN PEN NEEDLES | Tier 3 | |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML | Tier 3 | |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML | Tier 3 | |
| INSULIN SYRINGE 1 ML | Tier 3 | |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC) | Tier 3 | |
| INSUPEN PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| INSUPEN32G EXTR3ME 32G X 6 MM MISC | Tier 3 | |
| INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION) | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>lactated ringers solution</i> | Tier 2 | |
| <i>methergine 0.2 mg tab</i> | Tier 4 | |
| <i>methylergonovine maleate 0.2 mg tab</i> | Tier 4 | |
| <i>novofine 32g x 6 mm misc</i> | Tier 3 | |

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 |
|--|------------------------|-----------------------------------|
| NUTRILIPID 20 % EMULSION | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION | Tier 4 | QL (2 PER 30 DAYS) |
| PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP (31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| PENBRAYA RECON SUSP | Tier 3 | VAC |
| PRO COMFORT ALCOHOL 70 % PAD | Tier 2 | |
| PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC) | Tier 3 | |
| PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12.7MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC) | Tier 3 | |
| <i>ringers irrigation solution</i> | Tier 2 | |
| SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X1/2" 0.5 ML MISC, X1/2" 1 ML MISC) | Tier 3 | |
| SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 5 MM MISC | Tier 3 | |
| SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD | Tier 2 | |
| SMOFLIPID 20 % EMULSION | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>sterile water for irrigation solution</i> | Tier 2 | |

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 |
|--|------------------------|------------------------|
| SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC | Tier 3 | |
| <i>tis-u-sol solution</i> | 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 3 | |
| TRUE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC) | Tier 3 | |
| UNIFINE OTC PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| UNIFINE PENTIPS 32G X 4 MM MISC | Tier 3 | |
| UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC) | Tier 3 | |
| VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC) | Tier 3 | |

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 (28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC) | Tier 3 | |
| VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC) | Tier 3 | |
| VOWST CAP | Tier 5 | PA, LA, QL (12 PER 30 DAYS) |
| WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD | Tier 2 | |

OPHTHALMIC AGENTS

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

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 |
|---|------------------------|-------------------------|
| <i>neo-polycin hc 1 % ointment</i> | Tier 2 | |
| <i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400- 10000 ointment)</i> | Tier 2 | |
| <i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i> | Tier 2 | |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN- GRAMICIDIN 1.75-10000-.025 SOLUTION | Tier 2 | |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC 3.5- 10000-1 SUSPENSION | Tier 4 | |
| <i>polycin 500-10000 unit/gm ointment</i> | Tier 2 | |
| RESTASIS 0.05 % EMULSION | Tier 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION | Tier 4 | QL (2.5 PER 25 DAYS) |
| SULFACETAMIDE- PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION | Tier 2 | |
| <i>tobramycin-dexamethasone 0.3- 0.1 % suspension</i> | Tier 2 | |
| XDEMVY 0.25 % SOLUTION | Tier 5 | PA, QL (10 PER 30 DAYS) |
| XIIDRA 5 % SOLUTION | Tier 3 | |
| OPHTHALMIC ANTI-ALLERGY AGENTS | | |
| <i>azelastine hcl 0.05 % solution</i> | Tier 2 | |
| <i>cromolyn sodium 4 % solution</i> | Tier 2 | |
| OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVES | | |
| BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT | Tier 4 | |
| <i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i> | Tier 2 | |
| GENTAK 0.3 % OINTMENT | Tier 2 | |
| <i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i> | Tier 2 | |
| LEVOFLOXACIN (0.5 % SOLUTION, 1.5 % 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 |
|--|------------------------|------------------------|
| MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION | Tier 2 | |
| <i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i> | Tier 3 | |
| NATACYN 5 % SUSPENSION | Tier 3 | |
| <i>ofloxacin 0.3 % solution</i> | Tier 2 | |
| <i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i> | Tier 2 | |
| SULFACETAMIDE SODIUM 10 % OINTMENT | Tier 3 | |
| <i>sulfacetamide sodium 10 % solution</i> | Tier 2 | |
| <i>tobramycin 0.3 % solution</i> | Tier 2 | |
| TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION | Tier 3 | |
| ZIRGAN 0.15 % GEL | Tier 4 | QL (5 PER 30 DAYS) |
| OPHTHALMIC ANTI-INFLAMMATORIES | | |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION | Tier 2 | |
| <i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i> | Tier 2 | |
| <i>difluprednate 0.05 % emulsion</i> | Tier 4 | |
| <i>fluorometholone 0.1 % suspension</i> | Tier 2 | |
| FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION | Tier 2 | |
| FML 0.1 % OINTMENT | Tier 4 | |
| FML FORTE 0.25 % SUSPENSION | Tier 4 | |
| ILEVRO 0.3 % SUSPENSION | Tier 3 | QL (3 PER 30 DAYS) |
| <i>ketorolac tromethamine (0.4 % solution, 0.5 % solution)</i> | Tier 2 | |
| <i>prednisolone acetate 1 % suspension</i> | Tier 2 | |
| PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION | Tier 3 | |

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

OPHTHALMIC AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| OPHTHALMIC BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS | | |
| <i>betaxolol hcl 0.5 % solution</i> | Tier 2 | |
| CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION | Tier 2 | |
| LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION | Tier 2 | |
| <i>timolol maleate (0.25 % gel f soln, 0.5 % gel f soln)</i> | Tier 3 | |
| <i>timolol maleate (0.25 % solution, 0.5 % solution)</i> | Tier 1 | |
| OPHTHALMIC INTRAOCULAR PRESSURE LOWERING AGENTS, OTHER | | |
| <i>acetazolamide er 500 mg cap er 12h</i> | Tier 2 | |
| <i>apraclonidine hcl 0.5 % solution</i> | Tier 3 | |
| <i>brimonidine tartrate 0.1 % solution</i> | Tier 3 | |
| <i>brimonidine tartrate 0.15 % solution</i> | Tier 4 | |
| <i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i> | Tier 2 | |
| <i>brinzolamide 1 % suspension</i> | Tier 3 | |
| <i>dorzolamide hcl 2 % solution</i> | Tier 2 | |
| <i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>pilocarpine hcl (1 % solution, 2 % solution, 4 % solution)</i> | Tier 2 | |
| RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION | Tier 3 | QL (2.5 PER 25 DAYS) |
| SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION | Tier 3 | |
| OPHTHALMIC PROSTAGLANDIN AND PROSTAMIDE ANALOGS | | |
| <i>bimatoprost 0.03 % solution</i> | Tier 4 | ST, QL (5 PER 30 DAYS) |
| <i>latanoprost 0.005 % solution</i> | Tier 1 | |
| LUMIGAN 0.01 % SOLUTION | Tier 3 | QL (5 ML PER 30 DAYS) |
| <i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i> | Tier 3 | QL (5 PER 30 DAYS) |
| VYZULTA 0.024 % SOLUTION | Tier 4 | |

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 |
|---|------------------------|------------------------|
| OTIC AGENTS | | |
| <i>acetic acid 2 % solution</i> | Tier 2 | |
| <i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i> | Tier 4 | |
| CORTISPORIN-TC 3.3-3-10-0.5 MG/ML SUSPENSION | Tier 3 | |
| DERMOTIC 0.01 % OIL | Tier 3 | |
| <i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i> | Tier 3 | |
| <i>neomycin-polymyxin-hc (1 % solution, 3.5-10000-1 solution, 3.5-10000-1 suspension)</i> | Tier 2 | |
| <i>ofloxacin 0.3 % solution</i> | Tier 2 | |

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS | | |
| ARNUIITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA) | Tier 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA | Tier 3 | QL (1 PER 30 DAYS) |
| ASMANEX (14 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA | Tier 3 | QL (1 PER 30 DAYS) |
| ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA) | Tier 3 | QL (1 PER 30 DAYS) |
| ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA | Tier 3 | QL (1 PER 30 DAYS) |
| ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL, 50 MCG/ACT AEROSOL) | Tier 3 | QL (13 PER 30 DAYS) |

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|--------------------------------|
| <i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i> | Tier 4 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| QVAR REDHALER (40 MCG/ACT AERO BA, 80 MCG/ACT AERO BA) | Tier 3 | QL (21.2 PER 30 DAYS) |
| ANTIHISTAMINES | | |
| <i>azelastine hcl (0.1 % solution, 137 mcg/spray solution)</i> | Tier 2 | QL (30 PER 25 DAYS) |
| <i>cetirizine hcl (1 mg/ml solution, 5 mg/5ml solution)</i> | Tier 2 | |
| <i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i> | Tier 3 | PA |
| <i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 2 | PA |
| <i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i> | Tier 4 | PA |
| <i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i> | Tier 1 | |
| <i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i> | Tier 2 | PA |
| ANTILEUKOTRIENES | | |
| <i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i> | Tier 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>montelukast sodium 10 mg tab</i> | Tier 1 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC | | |
| ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN | Tier 4 | QL (25.8 GM PER 30 DAYS) |
| INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA | Tier 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i> | Tier 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>ipratropium bromide 0.03 % solution</i> | Tier 2 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| <i>ipratropium bromide 0.06 % solution</i> | Tier 2 | QL (45 PER 30 DAYS) |

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 |
|--|------------------------|--------------------------------|
| SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN) | Tier 3 | QL (4 PER 30 DAYS) |
| <i>tiotropium bromide 18 mcg cap</i> | Tier 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC | | |
| <i>albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)</i> | Tier 2 | QL (17 PER 30 DAYS) |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)</i> | Tier 2 | QL (17 PER 30 DAYS) |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)</i> | Tier 2 | QL (13.4 PER 30 DAYS) |
| <i>albuterol 90mg hfa inhaler (generic ventolin)</i> | Tier 2 | QL (36 PER 30 DAYS) |
| <i>albuterol sulfate ((2.5 mg/3ml) 0.083% nebu soln, (5 mg/ml) 0.5% nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln, 2.5 mg/0.5ml nebu soln)</i> | Tier 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>albuterol sulfate (2 mg tab, 4 mg tab)</i> | Tier 4 | |
| <i>albuterol sulfate (2 mg/5ml syrup, 8 mg/20ml syrup)</i> | Tier 2 | |
| <i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i> | Tier 2 | QL (17 PER 30 DAYS) |
| <i>epinephrine (0.15 mg/0.15ml soln a-inj, 0.15 mg/0.3ml soln a-inj, 0.3 mg/0.3ml soln a-inj)</i> | Tier 3 | QL (24 PER 365 OVER TIME) |
| EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) | Tier 3 | QL (24 PER 365 OVER TIME) |
| <i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml nebu soln, 0.63 mg/3ml nebu soln, 1.25 mg/0.5ml nebu soln, 1.25 mg/3ml nebu soln)</i> | Tier 4 | PA |
| LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL | Tier 3 | QL (30 PER 30 DAYS) |
| SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA | Tier 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |

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 |
|---|------------------------|--|
| CYSTIC FIBROSIS AGENTS | | |
| KALYDECO (13.4 MG PACKET, 150 MG TAB, 25 MG PACKET, 5.8 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET) | Tier 5 | PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION | Tier 5 | QL (150 PER 30 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION |
| <i>tobramycin 300 mg/4ml nebu soln</i> | Tier 5 | PA, QL (224 PER 28 DAYS) |
| <i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i> | 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 | | |
| <i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i> | Tier 3 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS, AIRWAYS DISEASE | | |
| <i>roflumilast 250 mcg tab</i> | Tier 4 | QL (28 PER 180 OVER TIME) |
| <i>roflumilast 500 mcg tab</i> | Tier 4 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>theophylline er (100 mg tab er 12h, 200 mg tab er 12h, 300 mg tab er 12h, 400 mg tab er 24h, 450 mg tab er 12h, 600 mg tab er 24h)</i> | Tier 3 | |
| PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES | | |
| ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB) | Tier 5 | PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>alyq 20 mg tab</i> | Tier 5 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 5 | PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>bosentan (125 mg tab, 62.5 mg tab)</i> | Tier 5 | PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>bosentan 32 mg tab sol</i> | Tier 5 | PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>macitentan 10 mg tab</i> | Tier 5 | PA, QL (30 PER 30 DAYS) |

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

RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------------------|
| OPSUMIT 10 MG TAB | Tier 5 | PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>sildenafil citrate 20 mg tab</i> | Tier 3 | PA, QL (12 PER 1 DAYS) |
| <i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i> | Tier 4 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| UPTRAVI (1000 MCG TAB, 1200 MCG TAB, 1400 MCG TAB, 1600 MCG TAB, 200 MCG TAB, 400 MCG TAB, 600 MCG TAB, 800 MCG TAB) | Tier 5 | PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| UPTRAVI 200 & 800 MCG TAB THPK | Tier 5 | PA, LA, QL (200 PER 180 OVER TIME) |
| WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT) | Tier 5 | PA, QL (1 PER 21 OVER TIME) |
| PULMONARY FIBROSIS AGENTS | | |
| <i>nintedanib esylate (100 mg cap, 150 mg cap)</i> | Tier 5 | PA, QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i> | Tier 5 | PA, QL (9 PER 1 DAYS) |
| PIRFENIDONE 534 MG TAB | Tier 5 | PA, QL (5 PER 1 DAYS) |
| <i>pirfenidone 801 mg tab</i> | Tier 5 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER | | |
| <i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i> | Tier 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL) | Tier 3 | QL (12 PER 30 DAYS) |
| ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA | Tier 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA) | Tier 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>breyza (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i> | Tier 3 | QL (10.3 PER 30 DAYS) |
| BREZTRI AEROSPHERE 160-18-4.8 MCG/ACT AEROSOL | Tier 3 | QL (10.7 GM PER 30 DAYS) |

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 |
|---|------------------------|-----------------------------------|
| BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL | Tier 3 | QL (10.7 PER 30 DAYS) |
| <i>budesonide-formoterol fumarate (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i> | Tier 3 | QL (10.2 PER 30 DAYS) |
| COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN | Tier 4 | QL (4 PER 30 DAYS) |
| <i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i> | Tier 2 | QL (50 PER 30 DAYS) |
| <i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i> | Tier 2 | QL (16 PER 30 DAYS) |
| <i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i> | Tier 2 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| FLUTICASONE-SALMETEROL (113- 14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA, 55-14 MCG/ACT AER POW BA) | Tier 2 | QL (1 PER 30 DAYS) |
| <i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i> | Tier 2 | PA - PART B VS D DETERMINATION |
| STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN | Tier 3 | |
| TRELEGY ELLIPTA (100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA, 200- 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA) | Tier 3 | QL (60 PER 30 DAYS) |
| <i>wixela inhub (100-50 mcg/act aer pow ba, 250-50 mcg/act aer pow ba, 500-50 mcg/act aer pow ba)</i> | Tier 2 | QL (60 PER 30 DAYS) |

SKELTAL MUSCLE RELAXANTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|--|------------------------|------------------------|
| SKELTAL MUSCLE RELAXANTS | | |
| <i>carisoprodol 350 mg tab</i> | Tier 2 | PA, QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i> | Tier 2 | PA |

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

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

| 약품명 | 약품에 대한 귀하의 비용 (약품군) | 필요한 조치, 제한 또는 이용 한도 |
|---|------------------------|------------------------|
| <i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i> | Tier 3 | PA |
| <i>vanadom 350 mg tab</i> | 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 | | |
| <i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i> | Tier 3 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>ramelteon 8 mg tab</i> | Tier 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>tasimelteon 20 mg cap</i> | Tier 5 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>temazepam 15 mg cap</i> | Tier 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>temazepam 30 mg cap</i> | Tier 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>triazolam 0.125 mg tab</i> | Tier 4 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>triazolam 0.25 mg tab</i> | Tier 4 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>zaleplon 10 mg cap</i> | Tier 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>zaleplon 5 mg cap</i> | Tier 2 | QL (4 PER 1 DAYS) |
| <i>zolpidem tartrate 10 mg tab</i> | Tier 2 | QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>zolpidem tartrate 5 mg tab</i> | Tier 2 | QL (2 PER 1 DAYS) |
| WAKEFULNESS PROMOTING AGENTS | | |
| <i>armodafinil (150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab, 50 mg tab)</i> | Tier 4 | PA, QL (1 PER 1 DAYS) |
| <i>modafinil 100 mg tab</i> | Tier 3 | PA, QL (3 PER 1 DAYS) |
| <i>modafinil 200 mg tab</i> | Tier 3 | PA, QL (2 PER 1 DAYS) |
| <i>sodium oxybate 500 mg/ml solution</i> | Tier 5 | PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS) |

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

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

A

| | | | |
|--|-------|---|-----|
| abacavir sulfate | 55 | Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin) | 130 |
| abacavir sulfate-lamivudine | 55 | albuterol sulfate | 130 |
| ABELCET | 24 | albuterol sulfate hfa | 130 |
| ABILIFY MAINTENA | 48 | alclometasone dipropionate | 83 |
| abiraterone acetate | 28 | ALCOHOL 70% PADS | 117 |
| abirtega | 28 | ALCOHOL PREP | 117 |
| ABRYSVO | 113 | ALCOHOL PREP PADS | 118 |
| acamprosate calcium | 5 | ALCOHOL SWABS | 118 |
| acarbose | 60 | ALCOHOL SWABSTICK | 118 |
| accutane | 83 | alcohol wipes | 85 |
| acebutolol hcl | 71 | ALDURAZYME | 92 |
| acetaminophen-codeine | 3 | ALECENSA | 32 |
| acetazolamide | 74 | alendronate sodium | 116 |
| acetazolamide er | 127 | ALENDRONATE SODIUM | 116 |
| acetic acid | 128 | alfuzosin hcl er | 94 |
| acetylcysteine | 132 | aliskiren fumarate | 74 |
| acitretin | 83 | allopurinol | 26 |
| ACTHIB | 113 | alosectron hcl | 90 |
| ACTIMMUNE | 110 | alprazolam | 59 |
| acyclovir | 58,86 | altavera | 96 |
| acyclovir sodium | 58 | ALUNBRIG | 32 |
| ADACEL | 113 | alyacen 1/35 | 96 |
| adefovir dipivoxil | 53 | alyacen 7/7/7 | 96 |
| ADEMPAS | 131 | alyq | 131 |
| ADVAIR HFA | 132 | amantadine hcl | 46 |
| ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE | 117 | ambrisentan | 131 |
| afirmelle | 96 | amethia | 97 |
| AIMOVIG | 26 | amikacin sulfate | 6 |
| ak-poly-bac | 124 | amiloride hcl | 76 |
| AKEEGA | 30 | amiloride-hydrochlorothiazide | 74 |
| ala-cort | 83 | amiodarone hcl | 70 |
| albendazole | 45 | amitriptyline hcl | 22 |
| albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair) | 130 | amlodipine besy-benazepril hcl | 74 |
| albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair) | 130 | amlodipine besylate | 72 |
| albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil) | 130 | amlodipine besylate-valsartan | 74 |
| | | amlodipine-atorvastatin | 74 |
| | | amlodipine-olmesartan | 74 |
| | | amlodipine-valsartan-hctz | 74 |
| | | ammonium lactate | 83 |

| | | | |
|-------------------------------------|-------|-------------------------------------|---------|
| amnesteam..... | 83 | ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES..... | 118 |
| amoxapine..... | 22 | ASSURE ID PRO PEN NEEDLES..... | 118 |
| amoxicillin..... | 10 | atazanavir sulfate..... | 57 |
| amoxicillin-pot clavulanate..... | 10 | atenolol..... | 71 |
| AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE..... | 10 | atenolol-chlorthalidone..... | 74 |
| amoxicillin-pot clavulanate er..... | 10 | atomoxetine hcl..... | 80 |
| amphetamine-dextroamphet er..... | 79 | atorvastatin calcium..... | 77 |
| amphetamine-dextroamphetamine..... | 79,80 | atovaquone..... | 45 |
| AMPHOTERICIN B..... | 24 | atovaquone-proguanil hcl..... | 45 |
| amphotericin b liposome..... | 24 | atropine sulfate..... | 124 |
| ampicillin..... | 10 | ATROVENT HFA..... | 129 |
| ampicillin sodium..... | 10 | aubra..... | 97 |
| ampicillin-sulbactam sodium..... | 10 | aubra eq..... | 97 |
| anagrelide hcl..... | 67 | AUGTYRO..... | 30 |
| anastrozole..... | 31 | AUM ALCOHOL PREP PADS..... | 118 |
| ANORO ELLIPTA..... | 132 | AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE..... | 118 |
| apraclonidine hcl..... | 127 | AUM PEN NEEDLE..... | 118 |
| aprepitant..... | 23 | AURANOFIN..... | 108 |
| apri..... | 97 | aurovela 1.5/30..... | 97 |
| APTIVUS..... | 57 | aurovela 1/20..... | 97 |
| AQ INSULIN SYRINGE..... | 118 | aurovela fe 1.5/30..... | 97 |
| AQINJECT PEN NEEDLE..... | 118 | aurovela fe 1/20..... | 97 |
| ARALAST NP..... | 92 | AUVELITY..... | 19 |
| ARANELLE..... | 97 | AUVELITY TITRATION PACK..... | 19 |
| ARANESP (ALBUMIN FREE)..... | 67 | aviane..... | 97 |
| ARCALYST..... | 108 | avidoxy..... | 13 |
| AREXVY..... | 113 | AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK..... | 31 |
| ARGYLE STERILE WATER..... | 118 | ayuna..... | 97 |
| ARIKAYCE..... | 6 | AYVAKIT..... | 32 |
| aripiprazole..... | 49 | azathioprine..... | 110 |
| armodafinil..... | 134 | AZATHIOPRINE SODIUM..... | 111 |
| ARNUITY ELLIPTA..... | 128 | azelastine hcl..... | 125,129 |
| asenapine maleate..... | 49 | azithromycin..... | 11 |
| ashlyna..... | 97 | AZITHROMYCIN..... | 11 |
| ASMANEX (120 METERED DOSES)..... | 128 | aztreonam..... | 7 |
| ASMANEX (14 METERED DOSES)..... | 128 | azurette..... | 97 |
| ASMANEX (30 METERED DOSES)..... | 128 | | |
| ASMANEX (60 METERED DOSES)..... | 128 | B | |
| ASMANEX HFA..... | 128 | bac (butalbital-acetamin-caff)..... | 81 |
| aspirin-dipyridamole er..... | 68 | bacitra-neomycin-polymyxin-hc..... | 124 |

| | | | |
|---|--------|-------------------------------------|---------|
| BACITRACIN..... | 125 | BILPREVDA..... | 116 |
| BACITRACIN-POLYMYXIN B..... | 124 | bimatoprost..... | 127 |
| baclofen..... | 53 | BIOGUARD GAUZE SPONGES..... | 118 |
| balsalazide disodium..... | 115 | bisoprolol fumarate..... | 71 |
| BALVERSA..... | 32 | bisoprolol-hydrochlorothiazide..... | 74 |
| balziva..... | 97 | blisovi fe 1.5/30..... | 97 |
| BAQSIMI ONE PACK..... | 63 | blisovi fe 1/20..... | 97 |
| BAQSIMI TWO PACK..... | 63 | BOOSTRIX..... | 113 |
| BARACLUDE..... | 53 | bosentan..... | 131 |
| BCG VACCINE..... | 113 | BOSULIF..... | 32,33 |
| BD INSULIN SYRINGE..... | 118 | bosutinib..... | 33 |
| BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM | | BRAFTOVI..... | 33 |
| MISC..... | 118 | BREO ELLIPTA..... | 132 |
| BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM | | brey-na..... | 132 |
| MISC..... | 118 | BREZTRI AEROSPHERE..... | 132,133 |
| BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM | | briellyn..... | 97 |
| MISC..... | 118 | brimonidine tartrate..... | 127 |
| BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM | | brimonidine tartrate-timolol..... | 124 |
| MISC..... | 118 | brinzolamide..... | 127 |
| benazepril hcl..... | 70 | brivaracetam..... | 13 |
| benazepril-hydrochlorothiazide..... | 74 | bromocriptine mesylate..... | 47 |
| BENLYSTA..... | 108 | BRUKINSA..... | 33 |
| BENZNIDAZOLE..... | 45 | budesonide..... | 116,129 |
| benzoyl peroxide-erythromycin..... | 83 | budesonide er..... | 116 |
| benztropine mesylate..... | 46 | budesonide-formoterol fumarate..... | 133 |
| BESIVANCE..... | 12 | bumetanide..... | 76 |
| BESREMI..... | 110 | buprenorphine..... | 2 |
| betaine..... | 92 | buprenorphine hcl..... | 5 |
| betamethasone dipropionate..... | 83 | buprenorphine hcl-naloxone hcl..... | 5 |
| betamethasone dipropionate aug..... | 83,84 | bupropion hcl..... | 19 |
| betamethasone valerate..... | 84 | bupropion hcl er (smoking det)..... | 6 |
| BETASERON..... | 81 | bupropion hcl er (sr)..... | 19,20 |
| betaxolol hcl..... | 71,127 | bupropion hcl er (xl)..... | 20 |
| bethanechol chloride..... | 94 | bupirone hcl..... | 59 |
| bexarotene..... | 44 | butalbital-apap-caffeine..... | 81 |
| BEXSERO..... | 113 | butalbital-aspirin-caffeine..... | 1 |
| bicalutamide..... | 28 | butorphanol tartrate..... | 3 |
| BICILLIN L-A..... | 10 | | |
| BIKTARVY..... | 54 | C | |
| BILDYOS..... | 116 | CABENUVA..... | 56 |

| | | | |
|------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|
| cabergoline..... | 106 | CEFPODOXIME PROXETIL..... | 9 |
| CABOMETYX..... | 33 | cefprozil..... | 9 |
| calcipotriene..... | 85 | ceftaroline fosamil..... | 9 |
| calcitonin (salmon)..... | 116 | CEFTAZIDIME..... | 9 |
| calcitrene..... | 85 | ceftriaxone sodium..... | 9 |
| calcitriol..... | 116 | cefuroxime axetil..... | 9 |
| CALCITRIOL..... | 117 | cefuroxime sodium..... | 9 |
| calcium acetate (phos binder)..... | 89 | celecoxib..... | 1 |
| CALQUENCE..... | 33 | cephalexin..... | 9 |
| camila..... | 104 | cetirizine hcl..... | 129 |
| camrese..... | 97 | cevimeline hcl..... | 82 |
| camrese lo..... | 97 | chateal..... | 97 |
| candesartan cilexetil..... | 69 | chateal eq..... | 97 |
| candesartan cilexetil-hctz..... | 74 | chlorhexidine gluconate..... | 82 |
| CAPLYTA..... | 49 | chloroquine phosphate..... | 45 |
| CAPRELSA..... | 33 | chlorpromazine hcl..... | 48 |
| captopril..... | 70 | chlorthalidone..... | 76 |
| CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.. | 74 | cholestyramine..... | 77 |
| carbamazepine..... | 17 | cholestyramine light..... | 77 |
| carbamazepine er..... | 17 | ciclodan..... | 86 |
| carbidopa..... | 47 | ciclopirox..... | 86 |
| carbidopa-levodopa..... | 47 | ciclopirox olamine..... | 86 |
| carbidopa-levodopa er..... | 47 | cilostazol..... | 68 |
| carbidopa-levodopa-entacapone..... | 46 | CILOXAN..... | 12 |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP..... | 118 | CIMDUO..... | 55 |
| carglumic acid..... | 92 | cimetidine..... | 91 |
| carisoprodol..... | 133 | cinacalcet hcl..... | 117 |
| CARTEOLOL HCL..... | 127 | ciprofloxacin..... | 12 |
| cartia xt..... | 72 | ciprofloxacin hcl..... | 12 |
| carvedilol..... | 71 | ciprofloxacin in d5w..... | 12 |
| cataflam..... | 1 | ciprofloxacin-dexamethasone..... | 128 |
| CAYSTON..... | 7 | citalopram hydrobromide..... | 21 |
| caziant..... | 97 | claravis..... | 83 |
| CEFACLOR..... | 8 | CLARITHROMYCIN..... | 11 |
| cefadroxil..... | 8 | clarithromycin..... | 11 |
| cefazolin sodium..... | 9 | clarithromycin er..... | 11 |
| cefdinir..... | 9 | clindamycin hcl..... | 7 |
| cefepime hcl..... | 9 | clindamycin palmitate hcl..... | 7 |
| cefixime..... | 9 | clindamycin phos (once-daily)..... | 86 |
| cefoxitin sodium..... | 9 | clindamycin phos (twice-daily)..... | 87 |

| | | | |
|-------------------------------------|-------|------------------------------------|------------|
| clindamycin phos-benzoyl perox..... | 83 | COSENTYX..... | 108 |
| clindamycin phosphate..... | 7,87 | COSENTYX (300 MG DOSE)..... | 108 |
| clindamycin phosphate in d5w..... | 7 | COSENTYX SENSOREADY (300 MG)..... | 108 |
| CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL..... | 7 | COSENTYX SENSOREADY PEN..... | 108 |
| clobazam..... | 15 | COSENTYX UNOREADY..... | 108 |
| clobetasol prop emollient base..... | 84 | COTELLIC..... | 34 |
| clobetasol propionate..... | 84 | CREON..... | 92 |
| clobetasol propionate e..... | 84 | CRESEMBA..... | 24,25 |
| clomipramine hcl..... | 22 | cromolyn sodium..... | 91,125,131 |
| clonazepam..... | 59 | cryselle..... | 97 |
| clonidine..... | 69 | cryselle-28..... | 97 |
| clonidine hcl..... | 69 | CVS ALCOHOL PREP PADS..... | 119 |
| clopidogrel bisulfate..... | 68 | CVS ANTIBACTERIAL GAUZE..... | 119 |
| clorazepate dipotassium..... | 59,60 | cvs isopropyl alcohol wipes..... | 85 |
| clotrimazole..... | 24 | cyclobenzaprine hcl..... | 133 |
| clotrimazole-betamethasone..... | 85 | CYCLOPHOSPHAMIDE..... | 28 |
| clozapine..... | 52 | cyclosporine..... | 111 |
| COARTEM..... | 45 | cyclosporine modified..... | 111 |
| COBENFY..... | 52 | cyproheptadine hcl..... | 129 |
| COBENFY STARTER PACK..... | 52 | cyred..... | 97 |
| CODEINE SULFATE..... | 3 | cyred eq..... | 97 |
| codeine sulfate..... | 3 | | |
| colchicine..... | 26 | D | |
| colchicine-probenecid..... | 26 | dabigatran etexilate mesylate..... | 65 |
| colesevelam hcl..... | 78 | dalfampridine er..... | 81 |
| colestipol hcl..... | 78 | danazol..... | 96 |
| colistimethate sodium (cba)..... | 7 | dantrolene sodium..... | 53 |
| COMBIVENT RESPIMAT..... | 133 | dapaglifloz base-metformin er..... | 61 |
| COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)..... | 33 | dapagliflozin..... | 78 |
| COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)..... | 33 | dapsone..... | 27 |
| COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)..... | 34 | DAPTACEL..... | 113 |
| COMFORT EZ INSULIN SYRINGE..... | 119 | daptomycin..... | 7 |
| COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES..... | 119 | darunavir..... | 57 |
| compro..... | 23 | dasatinib..... | 34 |
| constulose..... | 90 | dasetta 1/35..... | 98 |
| COPIKTRA..... | 34 | dasetta 7/7/7..... | 98 |
| CORLANOR..... | 75 | DAURISMO..... | 34 |
| CORTIFOAM..... | 116 | daysee..... | 98 |
| CORTISONE ACETATE..... | 94 | deblitane..... | 104 |
| CORTISPORIN-TC..... | 128 | deferasirox..... | 89 |

| | | | |
|-------------------------------------|--------|--|-------|
| DELSTRIGO..... | 54 | digox..... | 70 |
| delyla..... | 98 | digoxin..... | 70 |
| DENGVAXIA..... | 113 | dihydroergotamine mesylate..... | 26 |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104..... | 104 | DILANTIN..... | 17 |
| depo-testosterone..... | 96 | dilt-xr..... | 72 |
| DERMOTIC..... | 128 | diltiazem hcl..... | 72 |
| DESCOVY..... | 55 | diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule..... | 72 |
| desipramine hcl..... | 22 | diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule..... | 73 |
| desmopressin ace spray refrig..... | 95 | diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule..... | 73 |
| desmopressin acetate..... | 95 | diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule..... | 73 |
| desmopressin acetate pf..... | 96 | diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule..... | 73 |
| desmopressin acetate spray..... | 96 | diltiazem hcl er..... | 73 |
| desogestrel-ethinyl estradiol..... | 98 | diltiazem hcl er beads..... | 73 |
| desonide..... | 84 | dimethyl fumarate..... | 81,82 |
| desoximetasone..... | 84 | dimethyl fumarate starter pack..... | 82 |
| desvenlafaxine succinate er..... | 21 | diphenoxylate-atropine..... | 90 |
| dexamethasone..... | 94 | DIPHENOXYLATE-ATROPINE..... | 90 |
| DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID..... | 94 | DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT..... | 113 |
| dexamethasone sod phosphate pf..... | 94 | dipyridamole..... | 68 |
| DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE..... | 94,126 | disulfiram..... | 5 |
| dexmethylphenidate hcl..... | 80 | divalproex sodium..... | 14 |
| dextroamphetamine sulfate..... | 80 | divalproex sodium er..... | 14 |
| dextrose..... | 87 | dofetilide..... | 70 |
| dextrose in lactated ringers..... | 87 | donepezil hcl..... | 18 |
| DEXTROSE-NACL..... | 87 | donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg..... | 18 |
| dextrose-sodium chloride..... | 87 | donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg..... | 18 |
| DIACOMIT..... | 13,14 | dorzolamide hcl..... | 127 |
| diazepam..... | 15,60 | dorzolamide hcl-timolol mal..... | 124 |
| diazepam intensol..... | 60 | dorzolamide hcl-timolol mal pf..... | 124 |
| diazoxide..... | 63 | dotti..... | 98 |
| diclofenac potassium..... | 1 | DOVATO..... | 54 |
| diclofenac sodium..... | 1,126 | doxazosin mesylate..... | 69 |
| diclofenac sodium er..... | 1 | doxepin hcl..... | 22 |
| dicloxacillin sodium..... | 10 | | |
| dicyclomine hcl..... | 90 | | |
| DIFICID..... | 12 | | |
| diflunisal..... | 1 | | |
| difluprednate..... | 126 | | |
| digitek..... | 70 | | |

| | |
|--------------------------------|-----|
| doxercalciferol | 117 |
| doxy 100 | 13 |
| doxycycline hyclate | 13 |
| doxycycline monohydrate | 13 |
| DRIZALMA SPRINKLE | 81 |
| dronabinol | 24 |
| DROPLET INSULIN SYRINGE | 119 |
| DROPLET MICRON | 119 |
| DROPLET PEN NEEDLES | 119 |
| DROPSAFE AUTOPROTECT DUO | 119 |
| DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE | 119 |
| drosiprenone-ethinyl estradiol | 98 |
| DROXIA | 92 |
| droxidopa | 69 |
| duloxetine hcl | 81 |
| DUPIXENT | 109 |
| dutasteride | 94 |
| dutasteride-tamsulosin hcl | 94 |

E

| | |
|--|-------|
| EASY COMFORT INSULIN SYRINGE | 120 |
| EASY COMFORT PEN NEEDLES | 120 |
| EASY TOUCH INSULIN BARRELS | 120 |
| ec-naproxen | 1 |
| econazole nitrate | 25 |
| EDURANT | 54 |
| EDURANT PED | 54 |
| EFAVIRENZ | 54 |
| efavirenz | 54 |
| efavirenz-emtricitab-tenofo df | 54 |
| efavirenz-lamivudine-tenofovir | 55 |
| ELAPRASE | 92 |
| elinest | 98 |
| ELIQUIS | 66 |
| ELIQUIS (1.5 MG PACK) | 66 |
| ELIQUIS (2 MG PACK) | 66 |
| ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK | 66 |
| eltrombopag olamine | 67,68 |
| eluryng | 98 |
| EMBECTA AUTOSHIELD DUO | 120 |
| EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT | 120 |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE | 120 |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 | 120 |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 | 120 |
| EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F | 120 |
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO | 120 |
| EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN | 120 |
| EMBECTA PEN NEEDLE U/F | 120 |
| EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE | 120 |
| EMBRACE PEN NEEDLES | 121 |
| EMGALITY | 26 |
| EMGALITY (300 MG DOSE) | 26 |
| emoquette | 98 |
| EMSAM | 20 |
| emtricitab-rilpivir-tenofof df | 55 |
| emtricitabine | 55 |
| emtricitabine-tenofovir df | 55 |
| EMTRIVA | 55 |
| emzahh | 104 |
| enalapril maleate | 70 |
| enalapril-hydrochlorothiazide | 75 |
| ENBREL | 111 |
| ENBREL MINI | 111 |
| ENBREL SURECLICK | 111 |
| endocet | 3 |
| ENGERIX-B | 113 |
| enilloring | 98 |
| enoxaparin sodium | 66 |
| enpresse-28 | 98 |
| ENSACOVE | 32 |
| enskyce | 98 |
| entacapone | 46 |
| entecavir | 53 |
| ENTRESTO | 75 |
| enulose | 90 |
| ENVARUSUS XR | 111 |
| EPIDIOLEX | 14 |
| epinephrine | 130 |
| EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK) | 130 |

| | |
|--------------------------------|--------|
| epitol | 17 |
| EPIVIR HBV | 53 |
| eplerenone | 76 |
| ERGOLOID MESYLATES | 18 |
| ERGOTAMINE-CAFFEINE | 26 |
| ERIVEDGE | 34 |
| ERLEADA | 29 |
| erlotinib hcl | 34 |
| errin | 104 |
| ertapenem sodium | 11 |
| ERY | 87 |
| erythrocin lactobionate | 12 |
| erythromycin | 87,125 |
| erythromycin base | 12 |
| erythromycin ethylsuccinate | 12 |
| erythromycin lactobionate | 12 |
| ERZOFRI | 49 |
| escitalopram oxalate | 21 |
| eslicarbazepine acetate | 17 |
| esomeprazole magnesium | 91 |
| estarylla | 98 |
| estradiol | 98 |
| estradiol valerate | 99 |
| ESTRING | 99 |
| estrogens conjugated | 99 |
| eszopiclone | 134 |
| ethambutol hcl | 28 |
| ethosuximide | 15 |
| ethynodiol diac-eth estradiol | 99 |
| etodolac | 1 |
| etodolac er | 1 |
| etonogestrel-ethinyl estradiol | 99 |
| etravirine | 55 |
| EUCRISA | 84 |
| EULEXIN | 29 |
| euthyrox | 105 |
| everolimus | 34,111 |
| EVOTAZ | 57 |
| exemestane | 31 |
| EXXUA | 20 |

| | |
|-----------------------|----|
| EXXUA TITRATION PACK | 20 |
| ezetimibe | 78 |
| ezetimibe-simvastatin | 78 |

F

| | |
|--------------------------------|-----|
| falmina | 99 |
| famciclovir | 58 |
| famotidine | 91 |
| FANAPT | 49 |
| FANAPT TITRATION PACK A | 49 |
| FANAPT TITRATION PACK B | 49 |
| FANAPT TITRATION PACK C | 50 |
| FARXIGA | 78 |
| febuxostat | 26 |
| feirza 1.5/30 | 99 |
| feirza 1/20 | 99 |
| felbamate | 14 |
| felodipine er | 72 |
| femynor | 99 |
| fenofibrate | 77 |
| fenofibrate micronized | 77 |
| fenofibric acid | 77 |
| fentanyl | 2 |
| FETZIMA | 21 |
| FETZIMA TITRATION | 21 |
| FIASP | 63 |
| FIASP FLEXTOUCH | 63 |
| FIASP PENFILL | 63 |
| FIASP PUMPCART | 63 |
| fidaxomicin | 12 |
| finasteride | 94 |
| fingolimod hcl | 82 |
| FINTEPLA | 14 |
| flecainide acetate | 70 |
| fluconazole | 25 |
| fluconazole in sodium chloride | 25 |
| flucytosine | 25 |
| fludrocortisone acetate | 95 |
| flunisolide | 133 |
| fluocinolone acetonide | 84 |

| | |
|------------------------------|--------|
| fluocinolone acetonide body | 84 |
| fluocinolone acetonide scalp | 84 |
| fluocinonide | 84 |
| fluocinonide emulsified base | 84 |
| fluorometholone | 126 |
| fluorouracil | 85 |
| fluoxetine hcl | 21 |
| FLUOXETINE HCL | 21 |
| fluphenazine decanoate | 48 |
| fluphenazine hcl | 48 |
| FLURBIPROFEN | 1 |
| FLURBIPROFEN SODIUM | 126 |
| FLUTAMIDE | 29 |
| fluticasone propionate | 84,133 |
| fluticasone-salmeterol | 133 |
| FLUTICASONE-SALMETEROL | 133 |
| fluvastatin sodium | 77 |
| fluvastatin sodium er | 77 |
| fluvoxamine maleate | 21 |
| FML | 126 |
| FML FORTE | 126 |
| fondaparinux sodium | 66 |
| fosamprenavir calcium | 57 |
| fosfomycin tromethamine | 7 |
| fosinopril sodium | 70 |
| fosinopril sodium-hctz | 75 |
| FOTIVDA | 34 |
| FRUZAQLA | 30 |
| FULPHILA | 68 |
| fulvestrant | 30 |
| FUROSEMIDE | 76 |
| furosemide | 76 |
| fyavolv | 99 |

G

| | |
|-----------------------------|-----|
| gabapentin | 16 |
| galantamine hydrobromide | 19 |
| galantamine hydrobromide er | 19 |
| gallifrey | 104 |
| GAMUNEX-C | 108 |

| | |
|-----------------------------|-------|
| GARDASIL 9 | 113 |
| gauze pads 2 | 121 |
| GAVILYTE-C | 91 |
| gavilyte-g | 91 |
| gavilyte-n with flavor pack | 90 |
| GAVRETO | 34 |
| gefitinib | 35 |
| gemfibrozil | 77 |
| GEMTESA | 93 |
| generlac | 90 |
| gengraf | 111 |
| GENTAK | 125 |
| gentamicin sulfate | 6,125 |
| GENVOYA | 54 |
| GILOTRIF | 35 |
| glatiramer acetate | 82 |
| glatopa | 82 |
| glimepiride | 61 |
| glipizide | 61 |
| glipizide er | 61 |
| glipizide xl | 61 |
| glipizide-metformin hcl | 61 |
| GLUCAGEN HYPOKIT | 63 |
| glucagon emergency | 63 |
| glyburide | 61 |
| GLYBURIDE MICRONIZED | 61 |
| glyburide-metformin | 61 |
| glycopyrrolate | 91 |
| GLYXAMBI | 61 |
| GNP PEN NEEDLES | 121 |
| GOMEKLI | 35 |
| GOODSENSE ALCOHOL SWABS | 121 |
| granisetron hcl | 24 |
| griseofulvin microsize | 25 |
| griseofulvin ultramicrosize | 25 |
| guanfacine hcl | 69 |
| guanfacine hcl er | 80 |

H

| | |
|---------|-----|
| HADLIMA | 111 |
|---------|-----|

| | | | |
|-------------------------------------|--------|-----------------------------|-------|
| HADLIMA PUSHTOUCH..... | 111 | hydroxyurea..... | 30 |
| HAEGARDA..... | 108 | hydroxyzine hcl..... | 129 |
| hailey 1.5/30..... | 99 | hydroxyzine pamoate..... | 129 |
| hailey fe 1.5/30..... | 99 | HYRNUO..... | 35 |
| hailey fe 1/20..... | 99 | | |
| halobetasol propionate..... | 84 | I | |
| haloette..... | 99 | ibandronate sodium..... | 117 |
| haloperidol..... | 48 | IBRANCE..... | 35 |
| haloperidol decanoate..... | 48 | IBTROZI..... | 35 |
| haloperidol lactate..... | 48 | ibu..... | 1 |
| HAVRIX..... | 113 | ibuprofen..... | 1 |
| heather..... | 104 | icatibant acetate..... | 108 |
| heparin sodium (porcine)..... | 66 | iclevia..... | 99 |
| heparin sodium (porcine) pf..... | 66 | ICLUSIG..... | 35 |
| HEPLISAV-B..... | 113 | icosapent ethyl..... | 78 |
| HERNEXEOS..... | 35 | IDHIFA..... | 35 |
| HIBERIX..... | 113 | IDVYNZO..... | 56 |
| HIZENTRA..... | 108 | ILEVRO..... | 126 |
| HUMALOG..... | 63 | imatinib mesylate..... | 35 |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN..... | 63 | IMBRUVICA..... | 35,36 |
| HUMALOG KWIKPEN..... | 64 | imipenem-cilastatin..... | 11 |
| HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN..... | 64 | imipramine hcl..... | 22 |
| HUMALOG MIX 75/25..... | 64 | imiquimod..... | 85 |
| HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN..... | 64 | IMKELDI..... | 36 |
| HUMULIN 70/30..... | 64 | IMOVAX RABIES..... | 113 |
| HUMULIN 70/30 KWIKPEN..... | 64 | IMPAVIDO..... | 46 |
| HUMULIN N..... | 64 | incassia..... | 104 |
| HUMULIN N KWIKPEN..... | 64 | INCRELEX..... | 96 |
| HUMULIN R..... | 64 | INCRUSE ELLIPTA..... | 129 |
| HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)..... | 64 | indapamide..... | 77 |
| HUMULIN R U-500 KWIKPEN..... | 64 | indomethacin..... | 1 |
| hydralazine hcl..... | 79 | INFANRIX..... | 114 |
| hydrochlorothiazide..... | 77 | INLURIYO..... | 30 |
| hydrocodone-acetaminophen..... | 3 | INLYTA..... | 36 |
| hydrocortisone..... | 84,116 | INQOVI..... | 30 |
| hydrocortisone (perianal)..... | 85 | INREBIC..... | 36 |
| hydrocortisone butyrate..... | 85 | INSULIN ASPART..... | 64 |
| hydrocortisone-acetic acid..... | 128 | INSULIN ASPART FLEXPEN..... | 64 |
| hydromorphone hcl..... | 3,4 | INSULIN ASPART PENFILL..... | 64 |
| hydroxychloroquine sulfate..... | 45 | INSULIN LISPRO..... | 64 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)..... | 64 |
| INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN..... | 64 |
| INSULIN LISPRO PROT & LISPRO..... | 65 |
| INSULIN PEN NEEDLES..... | 121 |
| INSULIN PEN NEEDLES..... | 121 |
| INSULIN SYRINGE 0.3 ML..... | 121 |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML..... | 121 |
| INSULIN SYRINGE 1 ML..... | 121 |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100..... | 121 |
| INSUPEN PEN NEEDLES..... | 121 |
| INSUPEN32G EXTR3ME..... | 121 |
| INTELENCE..... | 55 |
| INTRALIPID..... | 121 |
| introvale..... | 99 |
| INVEGA HAFYERA..... | 50 |
| INVEGA SUSTENNA..... | 50 |
| INVEGA TRINZA..... | 50 |
| IPOL..... | 114 |
| ipratropium bromide..... | 129 |
| ipratropium-albuterol..... | 133 |
| irbesartan..... | 69 |
| irbesartan-hydrochlorothiazide..... | 75 |
| ISENTRESS..... | 54 |
| ISENTRESS HD..... | 54 |
| isibloom..... | 99 |
| isoniazid..... | 28 |
| isopropyl alcohol..... | 86 |
| isopropyl alcohol wipes..... | 86 |
| isosorbide dinitrate..... | 79 |
| isosorbide mononitrate..... | 79 |
| isosorbide mononitrate er..... | 79 |
| isotretinoin..... | 83 |
| isradipine..... | 72 |
| ITOVEBI..... | 36 |
| itraconazole..... | 25 |
| ivabradine hcl..... | 75 |
| ivermectin..... | 45 |
| IWILFIN..... | 31 |
| IXIARO..... | 114 |

J

| | |
|----------------------|-------|
| jaimiess..... | 99 |
| JAKAFI..... | 36 |
| JAKAFI XR..... | 36 |
| jantoven..... | 66 |
| JANUMET..... | 61 |
| JANUMET XR..... | 61 |
| JANUVIA..... | 61 |
| JARDIANCE..... | 78 |
| jasmiel..... | 99 |
| JAYPIRCA..... | 36 |
| jencycla..... | 104 |
| JENTADUETO..... | 61 |
| JENTADUETO XR..... | 61,62 |
| jinteli..... | 99 |
| jolessa..... | 99 |
| joyeaux..... | 99 |
| JUBBONTI..... | 117 |
| juleber..... | 99 |
| JULUCA..... | 54 |
| junel 1.5/30..... | 99 |
| junel 1/20..... | 100 |
| junel fe 1.5/30..... | 100 |
| junel fe 1/20..... | 100 |
| JYNNEOS..... | 114 |

K

| | |
|-------------------------------|-----|
| KALETRA..... | 57 |
| kalliga..... | 100 |
| KALYDECO..... | 131 |
| kariva..... | 100 |
| kcl in dextrose-nacl..... | 87 |
| KCL-LACTATED RINGERS-D5W..... | 87 |
| kelnor 1/35..... | 100 |
| kelnor 1/50..... | 100 |
| KERENDIA..... | 62 |
| ketoconazole..... | 25 |
| ketorolac tromethamine..... | 126 |
| KINRIX..... | 114 |

| | | | |
|-----------------------------------|----------|-------------------------------------|-----|
| kionex..... | 89 | latanoprost..... | 127 |
| KISQALI (200 MG DOSE)..... | 36 | LAZCLUZE..... | 32 |
| KISQALI (400 MG DOSE)..... | 36 | LEDERLE LEUCOVORIN..... | 31 |
| KISQALI (600 MG DOSE)..... | 37 | leena..... | 100 |
| KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)..... | 37 | leflunomide..... | 111 |
| KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)..... | 37 | lenalidomide..... | 29 |
| KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)..... | 37 | LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)..... | 37 |
| klayesta..... | 25 | LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)..... | 37 |
| klor-con..... | 88 | LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)..... | 37 |
| klor-con 10..... | 87 | LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)..... | 38 |
| klor-con m10..... | 88 | LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)..... | 38 |
| klor-con m15..... | 88 | LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)..... | 38 |
| klor-con m20..... | 88 | LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)..... | 38 |
| KLOXXADO..... | 5 | LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)..... | 38 |
| KOMZIFTI..... | 37 | lessina..... | 100 |
| KOSELUGO..... | 37 | letrozole..... | 31 |
| kourzeq..... | 82 | leucovorin calcium..... | 31 |
| KRAZATI..... | 37 | LEUKERAN..... | 28 |
| kurvelo..... | 100 | leuprolide acetate..... | 106 |
| L | | levabuterol hcl..... | 130 |
| l-glutamine..... | 92 | LEVALBUTEROL TARTRATE..... | 130 |
| labetalol hcl..... | 71 | levetiracetam..... | 14 |
| lacosamide..... | 17 | levetiracetam er..... | 14 |
| lactated ringers..... | 88,121 | levo-t..... | 106 |
| lactulose..... | 90 | LEVOBUNOLOL HCL..... | 127 |
| lactulose encephalopathy..... | 90 | levocarnitine..... | 92 |
| LAGEVRIO..... | 59 | levocetirizine dihydrochloride..... | 129 |
| lamivudine..... | 53,55,56 | levofloxacin..... | 12 |
| lamivudine-zidovudine..... | 56 | LEVOFLOXACIN..... | 125 |
| lamotrigine..... | 14 | levofloxacin in d5w..... | 12 |
| lansoprazole..... | 91 | levonest..... | 100 |
| LANTUS..... | 65 | levonorg-eth estrad triphasic..... | 100 |
| LANTUS SOLOSTAR..... | 65 | levonorgest-eth estrad 91-day..... | 100 |
| lapatinib ditosylate..... | 37 | levonorgest-eth estradiol-iron..... | 100 |
| larin 1.5/30..... | 100 | levonorgestrel-ethinyl estrad..... | 100 |
| larin 1/20..... | 100 | levora 0.15/30 (28)..... | 100 |
| larin fe 1.5/30..... | 100 | levothyroxine sodium..... | 106 |
| larin fe 1/20..... | 100 | levoxyl..... | 106 |
| larissia..... | 100 | LEXIVA..... | 57 |
| | | lidocaine..... | 5 |

| | | | |
|--------------------------------|-----|-----------------------------|-----|
| lidocaine hcl | 5 | lubiprostone | 90 |
| lidocaine viscous hcl | 5 | luizza 1.5/30 | 101 |
| lidocaine-prilocaine | 5 | luizza 1/20 | 101 |
| lidocan | 5 | LUMAKRAS | 38 |
| LIFYORLI (125 MG DOSE) | 38 | LUMIGAN | 127 |
| LIFYORLI (150 MG DOSE) | 38 | LUPRON DEPOT (1-MONTH) | 106 |
| LILETTA (52 MG) | 104 | LUPRON DEPOT (3-MONTH) | 107 |
| lillow | 100 | LUPRON DEPOT (4-MONTH) | 107 |
| lincomycin hcl | 7 | LUPRON DEPOT (6-MONTH) | 107 |
| linezolid | 7 | lurasidone hcl | 50 |
| LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE | 7 | lutera | 101 |
| LINZESS | 90 | LYBALVI | 20 |
| liothyronine sodium | 106 | lyleq | 104 |
| lisinopril | 70 | lyllana | 101 |
| lisinopril-hydrochlorothiazide | 75 | LYNPARZA | 38 |
| lithium | 60 | LYSODREN | 31 |
| lithium carbonate | 60 | LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) | 38 |
| lithium carbonate er | 60 | LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) | 39 |
| LIVTENCITY | 53 | LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) | 39 |
| lo-zumandimine | 101 | lyza | 104 |
| loestrin 1.5/30 (21) | 101 | | |
| loestrin 1/20 (21) | 101 | M | |
| loestrin fe 1.5/30 | 101 | M-M-R II | 114 |
| loestrin fe 1/20 | 101 | macitentan | 131 |
| lojaimiess | 101 | magnesium sulfate | 88 |
| LOKELMA | 89 | malathion | 86 |
| lomustine | 28 | maraviroc | 56 |
| LONSURF | 31 | marlissa | 101 |
| loperamide hcl | 90 | MARPLAN | 20 |
| lopinavir-ritonavir | 57 | MATULANE | 28 |
| lorazepam | 60 | matzim la | 73 |
| lorazepam intensol | 60 | MAVYRET | 53 |
| LORBRENA | 38 | meclizine hcl | 23 |
| loryna | 101 | medpura alcohol pads | 86 |
| losartan potassium | 69 | medroxyprogesterone acetate | 105 |
| losartan potassium-hctz | 75 | mefloquine hcl | 46 |
| loteprednol-tobramycin | 124 | megestrol acetate | 105 |
| lovastatin | 77 | MEKINIST | 39 |
| low-ogestrel | 101 | MEKTOVI | 39 |
| loxapine succinate | 48 | meleya | 105 |

| | | | |
|-------------------------------------|-----|-------------------------------------|--------|
| meloxicam..... | 2 | metyrosine..... | 75 |
| memantine hcl..... | 19 | mexiletine hcl..... | 70 |
| memantine hcl er..... | 19 | micafungin sodium..... | 25 |
| MENACTRA..... | 114 | MICONAZOLE 3..... | 25 |
| MENEST..... | 101 | microgestin 1.5/30..... | 101 |
| MENQUADFI..... | 114 | microgestin 1/20..... | 101 |
| MENVEO..... | 114 | microgestin fe 1.5/30..... | 101 |
| mercaptopurine..... | 30 | microgestin fe 1/20..... | 101 |
| meropenem..... | 11 | midodrine hcl..... | 69 |
| MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE..... | 11 | mifepristone..... | 107 |
| mesalamine..... | 116 | mili..... | 101 |
| mesalamine er..... | 116 | minocycline hcl..... | 13 |
| mesna..... | 45 | minoxidil..... | 79 |
| metformin hcl..... | 62 | minzoya..... | 101 |
| metformin hcl er..... | 62 | mirtazapine..... | 20 |
| methadone hcl..... | 2 | misoprostol..... | 91 |
| methazolamide..... | 127 | modafinil..... | 134 |
| methenamine hippurate..... | 7 | MODEYSO..... | 31 |
| methergine..... | 121 | moexipril hcl..... | 70 |
| methimazole..... | 107 | MOLINDONE HCL..... | 48 |
| methocarbamol..... | 134 | mometasone furoate..... | 85 |
| METHOTREXATE SODIUM..... | 111 | mondoxyne nl..... | 13 |
| methotrexate sodium..... | 112 | mono-lynyah..... | 101 |
| methotrexate sodium (pf)..... | 112 | montelukast sodium..... | 129 |
| METHOXSALLEN RAPID..... | 86 | morphine sulfate..... | 4 |
| methscopolamine bromide..... | 91 | morphine sulfate (concentrate)..... | 4 |
| methsuximide..... | 15 | morphine sulfate er..... | 2,3 |
| METHYLDOPA..... | 69 | MOUNJARO..... | 62 |
| methylergonovine maleate..... | 121 | MOVANTIK..... | 90 |
| methylphenidate hcl..... | 80 | moxifloxacin hcl..... | 12,126 |
| methylphenidate hcl er..... | 80 | MOXIFLOXACIN HCL..... | 12 |
| methylprednisolone..... | 95 | MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)..... | 126 |
| methylprednisolone acetate..... | 95 | MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL..... | 12 |
| methylprednisolone sodium succ..... | 95 | MRESVIA..... | 114 |
| metoclopramide hcl..... | 23 | MULTAQ..... | 71 |
| metolazone..... | 77 | mupirocin..... | 87 |
| metoprolol succinate er..... | 71 | mycophenolate mofetil..... | 112 |
| metoprolol tartrate..... | 71 | mycophenolate mofetil hcl..... | 112 |
| metoprolol-hydrochlorothiazide..... | 75 | mycophenolate sodium..... | 112 |
| metronidazole..... | 8 | mycophenolic acid..... | 112 |

| | |
|----------------|----|
| myorisan..... | 83 |
| MYRBETRIQ..... | 93 |

N

| | |
|-------------------------------------|-----|
| na sulfate-k sulfate-mg sulf..... | 90 |
| nabumetone..... | 2 |
| nadolol..... | 71 |
| nafcillin sodium..... | 10 |
| nafrinse..... | 88 |
| NAGLAZYME..... | 92 |
| naloxone hcl..... | 5 |
| naltrexone hcl..... | 6 |
| naproxen..... | 2 |
| naproxen dr..... | 2 |
| naproxen sodium..... | 2 |
| naratriptan hcl..... | 27 |
| NATACYN..... | 126 |
| nateglinide..... | 62 |
| NAYZILAM..... | 5 |
| nebivolol hcl..... | 71 |
| necon 0.5/35 (28)..... | 101 |
| NEFAZODONE HCL..... | 21 |
| neo-polycin..... | 124 |
| neo-polycin hc..... | 125 |
| neomycin sulfate..... | 6 |
| neomycin-bacitracin zn-polymyx..... | 125 |
| neomycin-polymyxin-dexameth..... | 125 |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN..... | 125 |
| NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC..... | 125 |
| neomycin-polymyxin-hc..... | 128 |
| NERLYNX..... | 39 |
| nevirapine..... | 55 |
| NEVIRAPINE..... | 55 |
| NEVIRAPINE ER..... | 55 |
| nevirapine er..... | 55 |
| NEXPLANON..... | 105 |
| NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC)..... | 78 |
| niacin er (antihyperlipidemic)..... | 78 |
| NIACOR..... | 78 |
| nicardipine hcl..... | 72 |

| | |
|-------------------------------------|-----|
| NICOTROL..... | 6 |
| NICOTROL NS..... | 6 |
| nifedipine er..... | 72 |
| nifedipine er osmotic release..... | 72 |
| nikki..... | 101 |
| nilotinib hcl..... | 39 |
| nilutamide..... | 29 |
| nimodipine..... | 72 |
| NINLARO..... | 39 |
| nintedanib esylate..... | 132 |
| nitazoxanide..... | 46 |
| nitisinone..... | 93 |
| nitro-bid..... | 79 |
| nitrofurantoin macrocrystal..... | 8 |
| nitrofurantoin monohyd macro..... | 8 |
| nitroglycerin..... | 79 |
| NIVESTYM..... | 68 |
| NIZATIDINE..... | 91 |
| nora-be..... | 105 |
| norelgestromin-eth estradiol..... | 102 |
| norethin ace-eth estrad-fe..... | 102 |
| norethin-eth estradiol-fe..... | 102 |
| norethindrone..... | 105 |
| norethindrone acet-ethinyl est..... | 102 |
| norethindrone acetate..... | 105 |
| norethindrone-eth estradiol..... | 102 |
| norgestim-eth estrad triphasic..... | 102 |
| norgestimate-eth estradiol..... | 102 |
| norlyda..... | 105 |
| norlyroc..... | 105 |
| nortrel 0.5/35 (28)..... | 102 |
| nortrel 1/35 (21)..... | 102 |
| nortrel 1/35 (28)..... | 102 |
| nortrel 7/7/7..... | 102 |
| nortriptyline hcl..... | 23 |
| NORVIR..... | 57 |
| NovoFine 32G X 6 MM MISC..... | 121 |
| NOVOLIN R FLEXPEN..... | 65 |
| NOVOLIN R FLEXPEN RELION..... | 65 |
| NOVOLOG..... | 65 |

| | | | |
|---------------------------------|---------|-------------------------------------|--------|
| NOVOLOG FLEXPEN..... | 65 | oralone..... | 82 |
| NOVOLOG FLEXPEN RELION..... | 65 | ORGOVYX..... | 107 |
| NOVOLOG PENFILL..... | 65 | orquidea..... | 105 |
| NOVOLOG RELION..... | 65 | ORSERDU..... | 29 |
| NUBEQA..... | 29 | oseltamivir phosphate..... | 58 |
| NUPLAZID..... | 51 | OSPHENA..... | 105 |
| NURTEC..... | 26 | OTEZLA..... | 86,109 |
| NUTRILIPID..... | 122 | OTEZLA XR..... | 86 |
| nyamyc..... | 25 | OTEZLA/OTEZLA XR INITIATION PK..... | 109 |
| nylia 1/35..... | 102 | oxaprozin..... | 2 |
| nylia 7/7/7..... | 102 | oxcarbazepine..... | 17 |
| nymyo..... | 102 | oxybutynin chloride..... | 93 |
| nystatin..... | 25 | oxybutynin chloride er..... | 93 |
| nystatin-triamcinolone..... | 86 | oxycodone hcl..... | 4 |
| nystop..... | 25 | oxycodone-acetaminophen..... | 4 |
| O | | OZEMPIC..... | 62 |
| ocella..... | 102 | OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)..... | 62 |
| octreotide acetate..... | 107 | OZEMPIC (1 MG/DOSE)..... | 62 |
| OCTREOTIDE ACETATE..... | 107 | OZEMPIC (2 MG/DOSE)..... | 62 |
| ODEFSEY..... | 55 | P | |
| ODOMZO..... | 39 | pacerone..... | 71 |
| ofloxacin..... | 126,128 | paliperidone er..... | 51 |
| OGSIVEO..... | 39 | PANRETIN..... | 44 |
| OJEMDA..... | 39,40 | pantoprazole sodium..... | 92 |
| OJJAARA..... | 31 | paricalcitol..... | 117 |
| olanzapine..... | 51 | paroxetine hcl..... | 21 |
| olmesartan medoxomil..... | 69 | PAROXETINE HCL..... | 21 |
| olmesartan medoxomil-hctz..... | 75 | paroxetine hcl er..... | 21 |
| olmesartan-amlodipine-hctz..... | 75 | PAXLOVID (150/100)..... | 59 |
| omega-3-acid ethyl esters..... | 78 | PAXLOVID (300/100 & 150/100)..... | 59 |
| omeprazole..... | 92 | PAXLOVID (300/100)..... | 59 |
| OMNITROPE..... | 91,96 | pazopanib hcl..... | 40 |
| ondansetron..... | 24 | PAZOPANIB HCL..... | 40 |
| ONDANSETRON HCL..... | 24 | PEDIARIX..... | 114 |
| ondansetron hcl..... | 24 | PEDVAX HIB..... | 114 |
| ONUREG..... | 30 | peg 3350-kcl-na bicarb-nacl..... | 90 |
| OPIPZA..... | 51 | peg-3350/electrolytes..... | 91 |
| OPSUMIT..... | 132 | PEGASYS..... | 110 |
| OPVEE..... | 122 | PEMAZYRE..... | 40 |

| | | | |
|-------------------------------------|--------|-------------------------------------|-----|
| PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP..... | 122 | pirmella 1/35..... | 102 |
| PEN NEEDLES..... | 122 | pirmella 7/7/7..... | 102 |
| PENBRAYA..... | 122 | piroxicam..... | 2 |
| penicillamine..... | 94 | PNV 27-CA/FE/FA..... | 88 |
| penicillin g potassium..... | 10 | podofilox..... | 86 |
| PENICILLIN G SODIUM..... | 11 | polycin..... | 125 |
| penicillin v potassium..... | 11 | polymyxin b-trimethoprim..... | 126 |
| PENMENVY..... | 114 | pomalidomide..... | 29 |
| PENTACEL..... | 114 | portia-28..... | 102 |
| pentamidine isethionate..... | 46 | posaconazole..... | 25 |
| pentoxifylline er..... | 75 | potassium chloride..... | 88 |
| perampanel..... | 14 | potassium chloride crys er..... | 88 |
| PERINDOPRIL ERBUMINE..... | 70 | potassium chloride er..... | 88 |
| periogard..... | 82 | potassium chloride in dextrose..... | 88 |
| permethrin..... | 86 | potassium chloride in nacl..... | 88 |
| perphenazine..... | 23 | potassium citrate er..... | 88 |
| PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE..... | 20 | POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%..... | 88 |
| PERSERIS..... | 51 | pramipexole dihydrochloride..... | 47 |
| pfizerpen..... | 11 | prasugrel hcl..... | 68 |
| PHENELZINE SULFATE..... | 20 | pravastatin sodium..... | 77 |
| phenobarbital..... | 16 | praziquantel..... | 45 |
| phenytek..... | 17 | prazosin hcl..... | 69 |
| phenytoin..... | 17 | prednisolone..... | 95 |
| phenytoin infatabs..... | 18 | prednisolone acetate..... | 126 |
| phenytoin sodium extended..... | 18 | prednisolone sodium phosphate..... | 95 |
| philith..... | 102 | PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE..... | 126 |
| PIFELTRO..... | 55 | prednisone..... | 95 |
| pilocarpine hcl..... | 82,127 | PREDNISONE..... | 95 |
| pimozide..... | 48 | PREDNISONE INTENSOL..... | 95 |
| pimtrea..... | 102 | pregabalin..... | 81 |
| pindolol..... | 72 | PREMARIN..... | 102 |
| pioglitazone hcl..... | 62 | PREMASOL..... | 88 |
| pioglitazone hcl-glimepiride..... | 62 | PREMIUM LIDOCAINE..... | 5 |
| pioglitazone hcl-metformin hcl..... | 62 | prenatal vitamins..... | 88 |
| piperacillin sod-tazobactam so..... | 11 | prevalite..... | 78 |
| PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)..... | 40 | previfem..... | 103 |
| PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)..... | 40 | PREVYMIS..... | 53 |
| PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)..... | 40 | PREZCOBIX..... | 57 |
| pirfenidone..... | 132 | PREZISTA..... | 58 |
| PIRFENIDONE..... | 132 | PRIFTIN..... | 28 |

| | |
|--------------------------------|--------|
| primaquine phosphate | 46 |
| primidone | 16 |
| PRIORIX | 114 |
| PRO COMFORT ALCOHOL | 122 |
| PRO COMFORT INSULIN SYRINGE | 122 |
| probenecid | 26 |
| prochlorperazine | 23 |
| prochlorperazine maleate | 23 |
| procto-med hc | 85 |
| proctosol hc | 85 |
| proctozone-hc | 85 |
| progesterone | 105 |
| PROGRAF | 112 |
| promethazine hcl | 23,129 |
| propafenone hcl | 71 |
| propranolol hcl | 72 |
| PROPRANOLOL HCL | 72 |
| propranolol hcl er | 72 |
| propylthiouracil | 107 |
| PROQUAD | 114 |
| protriptyline hcl | 23 |
| PULMOZYME | 131 |
| PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE | 122 |
| pyrazinamide | 28 |
| pyridostigmine bromide | 27 |
| pyridostigmine bromide er | 27 |
| pyrimethamine | 46 |

Q

| | |
|--------------------------------|-----|
| qc alcohol | 86 |
| QINLOCK | 31 |
| QUADRACEL | 114 |
| quetiapine fumarate | 51 |
| quetiapine fumarate er | 51 |
| QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE | 122 |
| quinapril hcl | 70 |
| quinapril-hydrochlorothiazide | 75 |
| QUINIDINE SULFATE | 71 |
| quinine sulfate | 46 |
| QVAR REDIHALER | 129 |

R

| | |
|----------------------------|-----|
| ra isopropyl alcohol wipes | 86 |
| RABAVERT | 114 |
| rabeprazole sodium | 92 |
| RALDESY | 22 |
| raloxifene hcl | 105 |
| ramelteon | 134 |
| ramipril | 70 |
| ranolazine er | 75 |
| rasagiline mesylate | 47 |
| reclipsen | 103 |
| RECOMBIVAX HB | 114 |
| relafen | 2 |
| RELENZA DISKHALER | 58 |
| repaglinide | 62 |
| REPATHA | 78 |
| REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM | 78 |
| REPATHA SURECLICK | 78 |
| RESTASIS | 125 |
| RETACRIT | 68 |
| RETEVMO | 40 |
| REVCovi | 93 |
| REVUFORJ | 40 |
| REXULTI | 51 |
| REYATAZ | 58 |
| REZDIFFRA | 106 |
| REZLIDHIA | 40 |
| RHOPRESSA | 127 |
| RIBAVIRIN | 54 |
| ribavirin | 54 |
| RIDAURA | 109 |
| rifabutin | 27 |
| rifampin | 28 |
| rilpivirine hcl | 55 |
| riluzole | 81 |
| RIMANTADINE HCL | 58 |
| ringers | 88 |
| ringers irrigation | 122 |
| RINVOQ | 109 |

| | | | |
|------------------------------------|-------|-------------------------------------|---------|
| RINVOQ LQ..... | 109 | SEREVENT DISKUS..... | 130 |
| risedronate sodium..... | 117 | sertraline hcl..... | 22 |
| risperidone..... | 51 | setlakin..... | 103 |
| risperidone microspheres er..... | 52 | sevelamer carbonate..... | 89 |
| ritonavir..... | 58 | sharobel..... | 105 |
| rivaroxaban..... | 67 | SHINGRIX..... | 114,115 |
| rivastigmine..... | 19 | SIGNIFOR..... | 107 |
| rivastigmine tartrate..... | 19 | sildenafil citrate..... | 132 |
| rizatriptan benzoate..... | 27 | SILIGENTLE FOAM DRESSING..... | 122 |
| ROCKLATAN..... | 125 | silodosin..... | 94 |
| roflumilast..... | 131 | silver sulfadiazine..... | 86 |
| ROMVIMZA..... | 40 | SIMBRINZA..... | 127 |
| ropinirole hcl..... | 47 | SIMLANDI (1 PEN)..... | 112 |
| ropinirole hcl er..... | 47 | SIMLANDI (1 SYRINGE)..... | 112 |
| rosadan..... | 8 | SIMLANDI (2 PEN)..... | 112 |
| rosuvastatin calcium..... | 77 | SIMLANDI (2 SYRINGE)..... | 112 |
| ROTARIX..... | 114 | simliya..... | 103 |
| ROTATEQ..... | 114 | simpesse..... | 103 |
| roweepra..... | 14 | simvastatin..... | 77 |
| ROZLYTREK..... | 41 | sirolimus..... | 112 |
| RUBRACA..... | 41 | SIRTURO..... | 28 |
| rufinamide..... | 18 | sitagliptin phos-metformin hcl..... | 62 |
| RUKOBIA..... | 56 | SKYRIZI..... | 109 |
| RYBELSUS..... | 62 | SKYRIZI (150 MG DOSE)..... | 109 |
| RYDAPT..... | 41 | SKYRIZI PEN..... | 109 |
| S | | SMOFLIPID..... | 122 |
| sacubitril-valsartan..... | 75 | sodium chloride..... | 88 |
| sajazir..... | 108 | sodium chloride (pf)..... | 89 |
| SANDIMMUNE..... | 112 | sodium fluoride..... | 89 |
| SANTYL..... | 86 | sodium oxybate..... | 134 |
| sapropterin dihydrochloride..... | 93 | sodium phenylbutyrate..... | 93 |
| SCSEMBLIX..... | 41 | sodium polystyrene sulfonate..... | 89 |
| scopolamine..... | 23 | solifenacin succinate..... | 93 |
| SECUADO..... | 52 | SOLTAMOX..... | 30 |
| SECURESAFE INSULIN SYRINGE..... | 122 | SOMAVERT..... | 107 |
| SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES..... | 122 | sorafenib tosylate..... | 41 |
| selegiline hcl..... | 47 | sorine..... | 71 |
| selenium sulfide..... | 85 | sotalol hcl..... | 71 |
| SELZENTRY..... | 56,57 | sotalol hcl (af)..... | 71 |
| | | SPIRIVA RESPIMAT..... | 130 |

| | |
|------------------------------------|-----|
| spironolactone..... | 76 |
| spironolactone-hctz..... | 75 |
| sprintec 28..... | 103 |
| SPRITAM..... | 14 |
| SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)..... | 89 |
| sronyx..... | 103 |
| ssd..... | 86 |
| STAVUDINE..... | 56 |
| STELARA..... | 109 |
| sterile water for irrigation..... | 122 |
| STIOLTO RESPIMAT..... | 133 |
| STIVARGA..... | 41 |
| STREPTOMYCIN SULFATE..... | 6 |
| STRIBILD..... | 54 |
| subvenite..... | 15 |
| SUBVENITE..... | 15 |
| sucrafate..... | 91 |
| SULFACETAMIDE SODIUM..... | 126 |
| sulfacetamide sodium..... | 126 |
| sulfacetamide sodium (acne)..... | 83 |
| SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE..... | 125 |
| sulfadiazine..... | 12 |
| sulfamethoxazole-trimethoprim..... | 13 |
| sulfasalazine..... | 116 |
| sulfatrim pediatric..... | 13 |
| sulindac..... | 2 |
| sumatriptan..... | 27 |
| sumatriptan succinate..... | 27 |
| SUMATRIPTAN SUCCINATE REFILL..... | 27 |
| sunitinib malate..... | 41 |
| SUNLENCA..... | 57 |
| SURE COMFORT PEN NEEDLES..... | 123 |
| syeda..... | 103 |
| SYMPAZAN..... | 16 |
| SYMTUZA..... | 58 |
| SYNAREL..... | 107 |
| SYNJARDY..... | 62 |
| SYNJARDY XR..... | 63 |
| SYNRIBO..... | 41 |
| SYNTHROID..... | 106 |

T

| | |
|------------------------------------|--------|
| TABLOID..... | 30 |
| TABRECTA..... | 41 |
| tacrolimus..... | 85,112 |
| tadalafil..... | 94 |
| tadalafil (pah)..... | 132 |
| TAFINLAR..... | 41 |
| TAGRISSO..... | 42 |
| TALZENNA..... | 42 |
| tamoxifen citrate..... | 30 |
| tamsulosin hcl..... | 94 |
| tarina fe 1/20..... | 103 |
| tarina fe 1/20 eq..... | 103 |
| tasimelteon..... | 134 |
| tazarotene..... | 83 |
| TAZICEF..... | 10 |
| taztia xt..... | 73 |
| TAZVERIK..... | 42 |
| TDVAX..... | 115 |
| TECHLITE PLUS PEN NEEDLES..... | 123 |
| telmisartan..... | 69 |
| telmisartan-amlodipine..... | 76 |
| telmisartan-hctz..... | 76 |
| temazepam..... | 134 |
| TENIVAC..... | 115 |
| tenofovir disoproxil fumarate..... | 56 |
| TEPMETKO..... | 42 |
| terazosin hcl..... | 69 |
| terbinafine hcl..... | 25 |
| terconazole..... | 25 |
| teriflunomide..... | 82 |
| teriparatide..... | 117 |
| testosterone..... | 96 |
| testosterone cypionate..... | 96 |
| TESTOSTERONE ENANTHATE..... | 96 |
| tetrabenazine..... | 81 |
| tetracycline hcl..... | 13 |
| THALOMID..... | 29 |
| theophylline er..... | 131 |

| | | | |
|------------------------------------|---------|-------------------------------------|-------|
| thioridazine hcl..... | 48 | TRECATOR..... | 28 |
| thiothixene..... | 48 | TRELEGY ELLIPTA..... | 133 |
| tiadylt er..... | 73 | TRESIBA..... | 65 |
| tiagabine hcl..... | 16 | TRESIBA FLEXTOUCH..... | 65 |
| TIBSOVO..... | 42 | tretinoin..... | 44,83 |
| ticagrelor..... | 68 | tri femynor..... | 103 |
| TICOVAC..... | 115 | tri-estarylla..... | 103 |
| tigecycline..... | 8 | tri-linyah..... | 103 |
| timolol maleate..... | 72,127 | tri-mili..... | 103 |
| tinidazole..... | 8 | tri-nymyo..... | 103 |
| tiotropium bromide..... | 130 | tri-sprintec..... | 103 |
| tis-u-sol..... | 123 | tri-vylibra..... | 103 |
| TIVICAY..... | 54 | triamcinolone acetonide..... | 82,85 |
| TIVICAY PD..... | 54 | triamterene-hctz..... | 76 |
| tizanidine hcl..... | 53 | triazolam..... | 134 |
| tobramycin..... | 126,131 | triderm..... | 85 |
| tobramycin sulfate..... | 6 | trientine hcl..... | 89 |
| tobramycin-dexamethasone..... | 125 | TRIENTINE HCL..... | 89 |
| tofacitinib citrate..... | 109 | trifluoperazine hcl..... | 48 |
| tofacitinib citrate er..... | 109 | TRIFLURIDINE..... | 126 |
| TOLAK..... | 86 | trihexyphenidyl hcl..... | 46 |
| tolterodine tartrate..... | 93 | TRIKAFTA..... | 131 |
| tolterodine tartrate er..... | 93 | trimethoprim..... | 8 |
| tolvaptan..... | 89 | trimipramine maleate..... | 23 |
| topiramate..... | 15 | TRINTELLIX..... | 22 |
| toremifene citrate..... | 30 | TRIUMEQ..... | 56 |
| toremide..... | 76 | TRIUMEQ PD..... | 56 |
| TOUJEO MAX SOLOSTAR..... | 65 | trivora (28)..... | 103 |
| TOUJEO SOLOSTAR..... | 65 | TRIZIVIR..... | 56 |
| TPN ELECTROLYTES..... | 89 | trospium chloride..... | 94 |
| TRADJENTA..... | 63 | TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE..... | 123 |
| tramadol hcl..... | 4 | TRUE COMFORT PEN NEEDLES..... | 123 |
| tramadol hcl er..... | 3 | TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES..... | 123 |
| tramadol-acetaminophen..... | 4 | TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE..... | 123 |
| trandolapril..... | 70 | TRULICITY..... | 63 |
| TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER..... | 76 | TRUMENBA..... | 115 |
| tranexamic acid..... | 68 | TRUQAP..... | 42 |
| tranylcpromine sulfate..... | 20 | TUKYSA..... | 42 |
| travoprost (bak free)..... | 127 | tulana..... | 105 |
| trazodone hcl..... | 22 | TURALIO..... | 42 |

| | |
|----------------|-----|
| turqoz..... | 103 |
| TWINRIX..... | 115 |
| TYBOST..... | 57 |
| TYENNE..... | 110 |
| TYMLOS..... | 117 |
| TYPHIM VI..... | 115 |

U

| | |
|-------------------------------------|-----|
| UDENYCA..... | 68 |
| ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE ... | 123 |
| UNIFINE OTC PEN NEEDLES..... | 123 |
| UNIFINE PENTIPS..... | 123 |
| UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE..... | 123 |
| UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... | 123 |
| unithroid..... | 106 |
| UPTRAVI..... | 132 |
| ursodiol..... | 91 |
| USTEKINUMAB..... | 110 |
| USTEKINUMAB-AEKN..... | 110 |

V

| | |
|-------------------------------------|-----|
| valacyclovir hcl..... | 59 |
| VALCHLOR..... | 86 |
| valganciclovir hcl..... | 53 |
| valproate sodium..... | 15 |
| valproic acid..... | 15 |
| valsartan..... | 69 |
| valsartan-hydrochlorothiazide..... | 76 |
| VALTOCO 10 MG DOSE..... | 16 |
| VALTOCO 15 MG DOSE..... | 16 |
| VALTOCO 20 MG DOSE..... | 16 |
| VALTOCO 5 MG DOSE..... | 16 |
| valtya 1/35..... | 103 |
| VALTYA 1/50..... | 103 |
| vanadom..... | 134 |
| vancomycin hcl..... | 8 |
| VANFLYTA..... | 42 |
| VAQTA..... | 115 |
| varenicline tartrate..... | 6 |
| varenicline tartrate (starter)..... | 6 |

| | |
|-------------------------------------|-------|
| varenicline tartrate(continue)..... | 6 |
| VARIVAX..... | 115 |
| VAXCHORA..... | 115 |
| VELIVET..... | 103 |
| VENCLEXTA..... | 42 |
| VENCLEXTA STARTING PACK..... | 43 |
| venlafaxine hcl..... | 22 |
| venlafaxine hcl er..... | 22 |
| VEOZAH..... | 81 |
| verapamil hcl..... | 73 |
| VERAPAMIL HCL ER..... | 73 |
| verapamil hcl er..... | 73 |
| VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE..... | 123 |
| VERIFINE INSULIN SYRINGE..... | 124 |
| VERIFINE PLUS PEN NEEDLE..... | 124 |
| VERQUVO..... | 76 |
| VERSACLOZ..... | 52 |
| VERZENIO..... | 43 |
| vestura..... | 103 |
| vienva..... | 104 |
| vigabatrin..... | 16 |
| vigadrone..... | 16 |
| VIGAFYDE..... | 16 |
| vigpoder..... | 17 |
| vilazodone hcl..... | 22 |
| VIMKUNYA..... | 115 |
| violele..... | 104 |
| VIRACEPT..... | 58 |
| VIREAD..... | 56 |
| VITRAKVI..... | 43 |
| VIVOTIF..... | 115 |
| VIZIMPRO..... | 43 |
| volnea..... | 104 |
| VONJO..... | 45 |
| VORANIGO..... | 43 |
| voriconazole..... | 25,26 |
| VOSEVI..... | 54 |
| VOWST..... | 124 |
| VRAYLAR..... | 52 |
| vyfemla..... | 104 |

| | |
|---------|-----|
| vylibra | 104 |
| VYZULTA | 127 |

W

| | |
|---------------------------|-----|
| warfarin sodium | 67 |
| WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE | 124 |
| WELIREG | 31 |
| wera | 104 |
| WINREVAIR | 132 |
| wixela inhub | 133 |
| wymzya fe | 104 |
| WYOST | 117 |

X

| | |
|-----------------------------|-------|
| XALKORI | 43 |
| XARELTO | 67 |
| XARELTO STARTER PACK | 67 |
| XATMEP | 113 |
| XCOPRI | 15,18 |
| XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) | 18 |
| XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) | 18 |
| XDEMVY | 125 |
| XELJANZ | 110 |
| XELJANZ XR | 110 |
| xelria fe | 104 |
| XERMELO | 90 |
| XIFAXAN | 8 |
| XIGDUO XR | 63 |
| XIIDRA | 125 |
| XOFLUZA (40 MG DOSE) | 58 |
| XOFLUZA (80 MG DOSE) | 58 |
| XOLAIR | 110 |
| XOSPATA | 43 |
| XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) | 43 |
| XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) | 43 |
| XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) | 44 |
| XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) | 44 |
| XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) | 44 |
| XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) | 44 |
| XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) | 44 |

| | |
|--------|-----|
| XTANDI | 29 |
| xulane | 104 |

Y

| | |
|----------|-----|
| YESINTEK | 110 |
| YF-VAX | 115 |
| yuvafem | 104 |

Z

| | |
|----------------------|-----|
| zafemy | 104 |
| zafirlukast | 129 |
| zaleplon | 134 |
| ZARXIO | 68 |
| ZEJULA | 44 |
| ZELBORAF | 44 |
| zenatane | 83 |
| ZENPEP | 93 |
| zidovudine | 56 |
| ziprasidone hcl | 52 |
| ziprasidone mesylate | 52 |
| ZIRGAN | 126 |
| zoledronic acid | 117 |
| ZOLINZA | 31 |
| zolpidem tartrate | 134 |
| ZONISADE | 18 |
| zonisamide | 18 |
| zovia 1/35 (28) | 104 |
| ZTALMY | 17 |
| zumandimine | 104 |
| ZURZUVAE | 20 |
| ZYDELIG | 44 |
| ZYKADIA | 44 |
| ZYPREXA RELPREVV | 52 |

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

| | |
|--|-----|
| ANALGESICS..... | 1 |
| ANESTHETICS..... | 5 |
| ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS..... | 5 |
| ANTIBACTERIALS..... | 6 |
| ANTICONVULSANTS..... | 13 |
| ANTIDEMENTIA AGENTS..... | 18 |
| ANTIDEPRESSANTS..... | 19 |
| ANTIEMETICS..... | 23 |
| ANTIFUNGALS..... | 24 |
| ANTIGOUT AGENTS..... | 26 |
| ANTIMIGRAINE AGENTS..... | 26 |
| ANTIMYASTHENIC AGENTS..... | 27 |
| ANTIMYCOBACTERIALS..... | 27 |
| ANTINEOPLASTICS..... | 28 |
| ANTIPARASITICS..... | 45 |
| ANTIPARKINSON AGENTS..... | 46 |
| ANTIPSYCHOTICS..... | 48 |
| ANTISPASTICITY AGENTS..... | 53 |
| ANTIVIRALS..... | 53 |
| ANXIOLYTICS..... | 59 |
| BIPOLAR AGENTS..... | 60 |
| BLOOD GLUCOSE REGULATORS..... | 60 |
| BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS..... | 65 |
| CARDIOVASCULAR AGENTS..... | 69 |
| CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS..... | 79 |
| DENTAL AND ORAL AGENTS..... | 82 |
| DERMATOLOGICAL AGENTS..... | 83 |
| ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS..... | 87 |
| GASTROINTESTINAL AGENTS..... | 90 |
| GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT..... | 92 |
| GENITOURINARY AGENTS..... | 93 |
| HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)..... | 94 |
| HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)..... | 95 |
| HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)..... | 96 |
| HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)..... | 105 |
| HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)..... | 106 |

| | |
|---|-----|
| HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)..... | 107 |
| IMMUNOLOGICAL AGENTS..... | 108 |
| INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS..... | 115 |
| METABOLIC BONE DISEASE AGENTS..... | 116 |
| MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS..... | 117 |
| OPHTHALMIC AGENTS..... | 124 |
| OTIC AGENTS..... | 128 |
| RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS..... | 128 |
| SKELETAL MUSCLE RELAXANTS..... | 133 |
| SLEEP DISORDER AGENTS..... | 134 |

Notice of Availability of Language Services and Auxiliary Aids and Services

English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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

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

简体中文标语 (Chinese)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は **1-800-452-4413 (TTY: 711)**

へお電話ください。

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

1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

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

1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

1-800-452-4413 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-800-452-4413** (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-800-452-4413** (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-800-452-4413 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.

비차별 통지서

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

Blue Shield of California 은 다음을 제공합니다.

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

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

Blue Shield of California

601 12th Street

Oakland, CA 94607-3613

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

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

A57166DSN-KO_0725

H2819_25_325B_C 07082025

이의제기 방법

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

- » 전화: Blue Shield of California 의 인권 코디네이터에게 월요일부터 금요일, 오전 8시부터 오후 8시 사이에 1-844-831-4133 번으로 연락하십시오. 또는 듣거나 말하는 데 어려움이 있으신 경우 TTY/TDD 711번으로 전화하십시오.
- » 서면: 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하셔서 다음으로 발송하십시오.

Blue Shield of California's Civil Rights Coordinator, P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011. BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

인권 불만 제기를 하실 수 있습니다.

- » 전화: 1-800-368-1019번으로 전화하십시오. 말하거나 듣는 데 어려움이 있으신 경우 TTY/TDD 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.
- » 서면: 불만 제기 양식 또는 서신을 작성하시고 다음의 주소로 발송해주십시오.

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

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

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

이 약품 목록은 06/23/2026 에 업데이트되었습니다.

더 최신 정보를 얻고 싶거나 기타 문의 사항이 있으면 제게 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오. 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 또는 blueshieldca.com/medformulary2026 을 방문하십시오.

문의 사항이 있으면 Blue Shield TotalDual Plan 에 (800) 452-4413(TTY:711)번으로 연락해 주십시오 이 전화는 주 칠 일 오전 8시부터 오후 8시 사이 (태평양 표준시)에 이용 가능합니다. 통화료는 무료입니다. 자세한 정보는 blueshieldca.com/medformulary2026 에서 확인하십시오.



06/23/2026