

# Medicare Medi-Cal 플랜인 Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

## 2025 보험적용 약품 목록(약품 목록 또는 처방집)

다음을 읽으십시오: 이 문서에는 이 플랜에서 보장하는 약품에 대한 정보가 들어 있습니다.

처방집 ID 25355, 버전 10

이 처방집은 10/01/2024 에 업데이트되었습니다.

최신 정보를 원하거나 기타 질문이 있는 경우, (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시 사이에 저희에게 연락하시거나 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문해 주십시오.

H2819\_24\_422A-KO\_C Approved 08202024  
A55568EAE-KO- 11/24

---

질문이 있는 경우, (800) 452-4413 (TTY: 711)번을 이용해 Blue Shield TotalDual Plan 으로 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



## 소개

이 문서를 *보험적용 약품 목록*이라고 합니다(약품 목록이라고도 함). 이는 Blue Shield TotalDual Plan 이 보장하는 처방약이 무엇인지 알려드립니다. *약품 목록*은 또한 Blue Shield TotalDual Plan 이 보장하는 약품에 대한 특별 규칙이나 제한 사항이 있는지도 알려드립니다. 주요 용어 및 그 정의는 *가입자 안내서*의 마지막 장에 나와 있습니다.

## 목차

A. 공지사항 .....	iv
B. 자주 묻는 질문(FAQ).....	x
B1. <i>보험적용 약품 목록</i> 에는 어떤 처방약이 포함되어 있습니까? ( <i>보험적용 약품 목록</i> 을 줄여서 '약품 목록'이라고 합니다.).....	x
B2. <i>약품 목록</i> 이 변경되는 경우가 있습니까?.....	xi
B3. <i>약품 목록</i> 이 변경되는 경우 어떻게 됩니까?.....	xii
B4. 특정 약품들을 받는 데 있어 약품 보험적용의 제한이나 한도, 또는 요구되는 행동이 있습니까?.....	xiii
B5. 내가 원하는 약품에 제한이 있는지 또는 해당 약품을 받기 위해 취해야 하는 조치가 있는지 어떻게 압니까?.....	xiv
B6. Blue Shield TotalDual Plan 이 일부 약품에 대한 규정을 변경하는 경우(예: 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한), 어떻게 됩니까?.....	xiv
B7. <i>약품 목록</i> 에서 약품을 어떻게 찾을 수 있습니까?.....	xiv
B8. 내가 복용하고자 하는 약품이 <i>약품 목록</i> 에 없는 경우 어떻게 합니까?.....	xiv
B9. Blue Shield TotalDual Plan 신규 가입자인데, 필요한 약품을 <i>약품 목록</i> 에서 찾을 수 없거나 약품을 받는데 문제가 있는 경우 어떻게 합니까?.....	xv
B10. 나의 약품에 보험적용을 하도록 예외를 요청할 수 있습니까?.....	xvi
B11. 어떻게 예외를 요청할 수 있습니까?.....	xvi
B12. 예외를 받는 데 얼마나 걸립니까?.....	xvi
B13. 일반약은 무엇입니까?.....	xvi
B14. 오리지널 생물학적 제제란 무엇이며 바이오시밀러와 어떻게 관련이 있습니까?.....	xvii

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



B15. Blue Shield TotalDual Plan 은 처방약의 장기 분량에 보험을 적용하나요?.....	xvii
B16. 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달 받을 수 있습니까? .....	xvii
B17. 나의 코페이는 얼마입니까?.....	xvii
C. 보험적용 약품 목록 개요 .....	xviii
C1. 의학적 상태별 약품 목록 .....	xix
D. 보험적용이 되는 약물 색인.....	127

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



---

## A. 공지사항

이 목록은 가입자가 Blue Shield TotalDual Plan 에서 받을 수 있는 약품의 목록입니다.

- ❖ Blue Shield TotalDual Plan 의 최신 *보험적용 약품 목록*은 언제든지 온라인으로 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 에서 확인하시거나, (800) 452-4413(TTY: 711) 번으로 전화하여 알아보실 수 있습니다(주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지). 이 전화는 무료입니다.
- ❖ 본 문서를 무료로 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오 등의 다른 형식으로 받아 보실 수 있습니다. 이 문서의 하단에 있는 번호로 전화하십시오. 이 전화는 무료입니다.

**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 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) հեռախոսահամարով: Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY ` 711)

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



հեռախոսահամարով: 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。

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)** ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711)। ਅਪਾਰਜ 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।

**हिन्दी 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 निःशुल्क हैं।

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 blueshieldca.com/medformulary2025 를 방문하십시오.



**Nge 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へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

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

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)** ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນ

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



ແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).  
ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mienh Tagline (Mien)** LONGC HNYOUV JANGX

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

**ឃ្លាសំគាល់ភាសាខ្មែរ (Cambodian)** ចំណាំ៖ បើសិនអ្នកត្រូវការជំនួយ

ជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)  
។ ជំនួយ និងសេវា សំរាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរប្រើល  
សំរាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារជាអក្សរពុម្ពធំៗ ក៏មានដែរ។  
ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY: 711)។  
សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**مطلب به زبان فارسی (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 نسخه های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ،

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주  
7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면  
blueshieldca.com/medformulary2025 를 방문하십시오.



نیز موجود است. با(711: TTY) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه میشوند.

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

**Mensaje en Español (Spanish)** ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Para las personas con discapacidades, también hay asistencia y servicios gratuitos disponibles, como documentos en braille y letra grande. Llame al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos

**Tagalog Tagline** PAUNAWA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong 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 malalaking titik. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.





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

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

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

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



이 문서는 영어, 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 중국어 간체, 중국어 번체, 페르시아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료로 제공됩니다.

본 문서 및 향후의 커뮤니케이션을 영어 이외의 언어 또는 대체 형식(대형 활자 인쇄본, 점자, 오디오 등)으로 받겠다는 상시 요청을하실 수도 있습니다. Blue Shield TotalDual Plan 고객 서비스에 **(800) 452-4413(TTY: 711)**번으로 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시 사이에 전화하여 요청하십시오.

고객 서비스부는 귀하가 선호하는 언어와 형식을 귀하가 업데이트를 원할 때까지 파일에 보관합니다.

---

## B. 자주 묻는 질문(FAQ)

이곳에서 보험적용 약품 목록에 관한 질문에 대한 답변을 찾아보십시오. 더 자세히 알아보시려면 FAQ 전체를 읽어보시거나, 질문과 답변을 찾아보실 수 있습니다.

### **B1. 보험적용 약품 목록에는 어떤 처방약이 포함되어 있습니까? (보험적용 약품 목록을 줄여서 '약품 목록'이라고 합니다.)**

섹션 C 에서 시작되는 *보험적용 약품 목록*에는 Blue Shield TotalDual Plan 에서 보험적용을 하는 약품이 나와 있습니다. 이 약품들은 저희 네트워크 내 약국에서 이용할 수 있습니다. 저희와 함께 협력하고 귀하에게 서비스를 제공하기로 계약을 맺은 약국은 저희 네트워크 내 약국입니다. 저희는 이 약국들을 '네트워크 약국'이라고 합니다.

일부 비처방(OTC) 의약품 및 특정 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx 에 의해 보험이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보를 보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov))를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터(800-977-2273)에 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받을 때에는 Medi-Cal 수혜자 혜택 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.

Blue Shield TotalDual Plan 은 다음과 같은 경우 약품 목록에 있는 의학적으로 필요한 모든 의약품에 보험을 적용합니다.

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](http://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



- 귀하의 의사나 다른 처방자가 귀하가 나아지거나 건강을 유지하기 위해 해당 약품이 필요하다고 진술,
- Blue Shield TotalDual Plan 이 해당 약품이 귀하에게 의학적으로 필요하다는 데 동의, 그리고
- 귀하가 처방전을 Blue Shield TotalDual Plan 의 네트워크 약국에서 조제.
- 일부 경우, 귀하는 약을 받기 전에 어떤 조치를 취해야 합니다. 자세한 정보는 질문 B4 를 참조하십시오.

보험 적용이 되는 약품에 대한 최신 목록은 저희 웹사이트 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 에서 확인하시거나 또는 이 문서의 하단에 안내된 번호로 고객 서비스부에 전화하십시오.

## B2. 약품 목록이 변경되는 경우가 있습니까?

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

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

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

이러한 약품 규정에 대해 더 자세한 정보를 알아보시려면 질문 B4 를 참조하십시오.

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

- 현재 약품 목록에 있는 의약품만큼 효과가 있는 새롭고 저렴한 약품이 시장에 출시된 경우, 또는
- 어떤 약품이 안전하지 않다는 것을 알게 되는 경우, 또는
- 약품이 시장에서 철수되는 경우

아래의 질문 B3 및 B6 에는 약품 목록이 변경되는 경우 어떻게 되는지에 관한 더 많은 정보가 있습니다.

- Blue Shield TotalDual Plan 의 최신 약품 목록은 온라인으로 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 에서 확인하실 수 있습니다. 약품 목록 업데이트 사항은 매달 웹사이트에 게시됩니다.

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



- 또한 이 문서 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화하여 현재 약품 목록을 확인하실 수 있습니다.

### B3. 약품 목록이 변경되는 경우 어떻게 됩니까?

약품 목록의 일부 변경사항은 즉시 효력이 발생할 것입니다. 예:

- 어떤 약을 새로운 특정 버전으로 대체. 저희가 해당 약품을 새로운 특정 버전으로 대체하는 경우, 저희는 약품 목록에서 약품을 즉시 제거할 수 있지만 새로운 약품에 대한 귀하의 비용은 여전히 \$0 로 유지됩니다. 저희가 새로운 버전의 약품을 추가하는 경우, 저희는 브랜드명 약품 또는 원래 생물학적 제제를 목록에 유지하되 보험적용 규정 또는 제한을 변경하기로 결정할 수 있습니다.
  - 저희는 이러한 변경을 하기 전에 귀하에게 통보하지 않을 수도 있으나, 변경이 시행된 후 구체적인 변경사항에 대한 정보를 귀하에게 보내드릴 것입니다.
  - 저희는 저희가 추가하는 약품이 다음과 같은 경우에만 이러한 변경을 할 수 있습니다.
    - 브랜드명 약품의 새로운 일반약 버전인 경우, 또는
    - 약품 목록에 있는 오리지널 생물학적 제제의 새로운 특정 바이오시밀러 버전인 경우(예: 새로운 처방전이 없이 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있는 교환 가능한 바이오시밀러 약을 추가할 때).
    - 이 약품 유형 중 일부는 귀하에게 새로운 약품일 수 있습니다. 더 많은 정보를 알아보시려면 섹션 B14 를 참조하십시오.
  - 귀하 또는 귀하의 의료제공자는 이러한 변경사항에 예외를 요청할 수 있습니다. 저희는 예외를 요청하기 위해 귀하가 취해야 할 단계들에 대한 통지를 보내드릴 것입니다. 예외에 관한 더 많은 정보를 알아보려면 질문 B10-B12를 참조하십시오.
- 약품이 시장에서 회수됨. 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 귀하가 복용하고 있는 약품이 안전하거나 효과적이지 않다고 발표하거나 약품 제조사가 약품을 시장에서 회수하는 경우, 저희는 해당 약품을 약품 목록에서 삭제할 것입니다. 귀하가 해당 약품을 복용하고 있는 경우, 저희는 변경 후에 귀하에게 통지를 보낼 것입니다. 귀하의 처방자 또한 이 변경사항에 대해 알게 되며 귀하의 상태에 맞는 다른 약품을 찾기 위해 귀하와 협력할 수 있습니다.

저희는 귀하가 복용하는 약품에 영향을 미치는 기타 변경을 할 수도 있습니다. 저희는 약품 목록에 대한 이와 같은 기타 변경사항을 사전에 귀하에게 알려드릴 것입니다. 이러한 변경사항은 다음의 경우 발생할 수 있습니다.

- FDA 가 새로운 지침을 제공하거나 또는 약품에 대한 새로운 임상 지침이 있음.

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



- 시장에 새로 출시된 것이 아닌 일반약을 추가하는 경우 저희는 약품 목록에서 브랜드명 약품을 제거하거나,
- 바이오시밀러를 추가하는 경우 원래의 생물학적 제제를 목록에서 제거하거나
- 브랜드명 약품에 대한 보험적용 규정 또는 제한을 변경합니다.

이러한 변경사항들이 발생하는 경우, 저희는 다음을 할 것입니다.

- 약품 목록 변경 최소 30 일 전 귀하에게 통보 또는
- 귀하에게 통보하고 귀하가 리필을 요청한 이후 약품의 30 일 분량을 제공.

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

- 약품 목록에 귀하의 약품을 대신해 복용할 수 있는 유사한 약품이 있는지 또는
- 이러한 변경사항에 예외를 요청할지 여부. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

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

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

- **사전 승인:** 일부 약품의 경우 귀하 또는 귀하의 담당의사 또는 다른 처방자가 귀하가 처방전을 조제하기 전에 Blue Shield TotalDual Plan 으로부터 승인을 받아야 합니다. 사전 승인은 진료의뢰와 다릅니다. 사전 승인을 받지 않으면 Blue Shield TotalDual Plan 은 약품에 보험적용을 하지 않을 수 있습니다.
- **수량 제한:** 때로 Blue Shield TotalDual Plan 은 귀하가 받을 수 있는 약품의 수량을 제한합니다.
- **단계적 치료:** 때로 Blue Shield TotalDual Plan 은 귀하가 단계적 치료를 받을 것을 요구합니다. 이는 귀하의 의학적 상태에 대해 특정한 순서로 약품들을 복용해 보아야 한다는 의미입니다. 귀하는 저희가 어떤 약품에 보험적용을 하기 전에 다른 약품을 복용해 보아야 할 수 있습니다. 귀하의 처방자가 첫 번째 약품이 귀하에게 효과가 없다고 생각하게 되면, 그 후에 저희는 두 번째 약품에 보험적용을 할 것입니다.

C 섹션의 표를 살펴보면 귀하의 약품에 추가적인 요건 또는 제한이 있는지 알아볼 수 있습니다. 귀하는 또한 저희 웹사이트 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문해 더 많은 정보를 얻을 수 있습니다. 저희는 저희의 사전 승인 및 단계적 치료 제한을 설명하는 문서들을 온라인으로 게시했습니다. 귀하는 또한 저희에게 사본을 보내달라고 요청하실 수 있습니다.

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



귀하는 이러한 제한에 예외를 요청할 수 있습니다. 이를 통해 귀하는 귀하의 의사 또는 기타 다른 처방자와 상담할 시간을 가질 수 있습니다. 이들은 약품 목록에 귀하의 약품을 대신해 복용할 수 있는 유사한 약품이 있는지 또는 예외를 요청할지 정하는 것을 도와드릴 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

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

의학적 상태별 약품 목록의 표에 '필요한 조치, 제한 또는 이용 한도'라는 열이 있습니다.

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

어떤 경우는 저희가 어떤 약품에 대해 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한을 추가하거나 변경하면 이를 귀하에게 사전에 알려드립니다. 이러한 사전 통보 그리고 약품 목록에 있는 약품에 대한 저희의 규정이 변경될 때 귀하에게 사전 통보를 하지 못하는 상황에 대한 더 많은 정보는 질문 B3 을 참조하십시오.

### **B7. 약품 목록에서 약품을 어떻게 찾을 수 있습니까?**

약품을 찾는 방법에는 두 가지가 있습니다.

- 알파벳순으로 검색하거나 또는
- 의학적 상태별로 찾아볼 수 있습니다.

**알파벳순으로** 찾아보시려면 보험적용이 되는 약물 색인 섹션을 참조하십시오. 127

페이지에서 시작되는 색인에서 이를 찾으실 수 있습니다. 색인은 이 문서에 포함된 모든 약품의 목록을 알파벳순으로 제공합니다. 브랜드명 약품 및 일반약 모두 색인에 기재되어 있습니다. 색인을 살펴보고 귀하의 약품을 찾으십시오. 귀하의 약품 옆에 보험적용 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호가 있습니다. 색인에 기재된 페이지로 가서 목록 첫 번째 열에서 귀하의 약품 이름을 찾으십시오.

**의학적 상태별로** 찾아보시려면 1 페이지에서 '의학적 상태별 약품 목록' 섹션을 찾으십시오. 이 섹션의 약품들은 해당 약품을 사용해 치료하는 의학적 상태에 기반한 항목으로 분류되어 있습니다. 예를 들어, 귀하에게 심장병이 있는 경우 귀하는 심혈관계 항목을 살펴봐야 합니다. 그 곳에서 심장병을 치료하는 약품을 찾을 수 있습니다.

### **B8. 내가 복용하고자 하는 약품이 약품 목록에 없는 경우 어떻게 합니까?**

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

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

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



- 귀하의 약품에 보험적용을 하도록 Blue Shield TotalDual Plan 에 예외를 요청하실 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하십시오.

### **B9. Blue Shield TotalDual Plan 신규 가입자인데, 필요한 약품을 약품 목록에서 찾을 수 없거나 약품을 받는데 문제가 있는 경우 어떻게 합니까?**

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

귀하의 처방전이 이 기간보다 적은 일수로 발행된 경우, 저희는 최대 30 일의 약품 분량을 제공하기 위해 여러 번의 리필을 허용할 것입니다.

저희는 다음의 경우 귀하의 약품 30 일 분량에 보험적용을 합니다.

- 귀하가 저희 약품 목록에 없는 약을 복용하고 있는 경우, 또는
- 저희 플랜 규정으로 인해 귀하가 처방자가 주문한 수량을 받을 수 없는 경우, 또는
- Blue Shield TotalDual Plan 의 사전 승인이 필요한 약품인 경우, 또는
- 귀하가 단계적 치료 제한에 포함된 약품을 복용하고 있는 경우.

만약 귀하가 Blue Shield TotalDual Plan 이 파트 D 약으로 간주하지 않는 약품을 복용하고 있고 해당 약품이 약품 목록에 없으며 해당 약품을 받는 데 문제가 있다면, 이를 Medi-Cal Rx 를 통해 보장 받을 수 있습니다. 만약 파트 D 에서 제외된 약품에 예외가 필요하고, 귀하에게 응급 상황이 있는 경우, Medi-Cal Rx 는 해당 약품을 72 시간 이상 공급할 수 있습니다. 자세한 정보를 보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov))를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터(800-977-2273)에 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받을 때에는 Medi-Cal 혜택 수혜자 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.

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

- 저희는 귀하의 Blue Shield TotalDual Plan 신규 가입 여부에 관계없이 귀하에게 필요한 약품의 31 일 분량에 대해 1 회 보험적용을 합니다(단, 귀하가 더 적은 일수의 처방전을 받은 경우는 제외).
- 이는 귀하가 Blue Shield TotalDual Plan 가입자가 된 최초 90 일 동안 받는 임시 분량에 추가하여 제공되는 것입니다.

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](http://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



## 전환 정책

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

### **B10. 나의 약품에 보험적용을 하도록 예외를 요청할 수 있습니까?**

예. 귀하의 약품 목록에 없는 약품에 보험적용을 하도록 Blue Shield TotalDual Plan 에 예외를 요청할 수 있습니다.

귀하는 또한 귀하의 약품에 대한 규정을 변경하도록 요청할 수 있습니다.

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

### **B11. 어떻게 예외를 요청할 수 있습니까?**

예외를 요청하시려면 고객 서비스부에 전화하십시오. 고객 서비스부는 귀하 및 귀하의 처방자와 협력해 예외를 요청하는 것을 도와드릴 것입니다. 예외에 대해 자세히 알아보기 위해 가입자 안내서 9 장 섹션 G2 를 읽어보실 수 있습니다.

### **B12. 예외를 받는 데 얼마나 걸립니까?**

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

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

### **B13. 일반약은 무엇입니까?**

일반약은 브랜드명 약품과 동일한 활성 성분으로 만들어집니다. 이 약들은 일반적으로 브랜드명 약품보다 비용이 저렴하고 일반적으로 동일한 효과가 있습니다. 그리고 일반적으로 잘 알려진 이름이

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.





없습니다. 일반약은 식품의약국(Food and Drug Administration, FDA)에서 승인받았습니다. 브랜드명 약품 대신 사용할 수 있는 많은 일반약이 있습니다. 일반약은 대개 주의 법률에 따라 새로운 처방전 없이 약국에서 브랜드명 약품로 대체될 수 있습니다.

Blue Shield TotalDual Plan 은 브랜드명 약품과 일반약 모두에 보험적용을 합니다.

#### **B14. 오리지널 생물학적 제제란 무엇이며 바이오시밀러와 어떻게 관련이 있습니까?**

저희가 약품에 대해 언급할 때, 이는 약품 또는 생물학적 제제를 의미할 수 있습니다. 생물학적 제제는 일반적인 약품보다 복잡한 약품입니다. 생물학적 제제는 일반적인 약품보다 복잡하기 때문에 제네릭 형태 대신 바이오시밀러라는 대안이 있습니다. 일반적으로 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제제만큼 효과가 있으며 비용이 더 적게 들 수 있습니다. 일부 오리지널 생물학적 제제에는 바이오시밀러 제품이 있습니다. 어떤 바이오시밀러는 대체 가능한 바이오시밀러이며, 일반약이 브랜드명 약품을 대체할 수 있는 것과 마찬가지로 주 법에 따라 약국에서 새로운 처방전 없이 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있습니다.

약품 유형에 대한 자세한 정보는 가입자 안내서 5 장을 참조하십시오.

#### **B15. Blue Shield TotalDual Plan 은 처방약의 장기 분량에 보험을 적용하나요?**

특정 유형의 약품의 경우, 귀하는 플랜의 네트워크 가정 배송 제공자를 이용할 수 있습니다. 일반적으로 가정 배송을 통해 제공되는 약품들은 귀하가 만성 또는 장기 질환에 대해 정기적으로 복용하는 약품들입니다. 플랜의 가정 배송 제공자를 통해 이용할 수 없는 약품들은 저희 약품 목록에 **NDS** 기호로 표시되어 있습니다.

- **가정 배송 서비스.** 저희는 다음과 같은 약품을 최대 100 일 분량 받을 수 있는 가정 배송 서비스를 제공합니다. **1 군: 선호 일반약, 2 군: 일반약, 3 군: 선호 브랜드명 약품, 4 군: 비선호 약품.** 다음 약품의 100 일 분량과 1 개월 분량의 코페이 금액은 동일합니다. 1 군: 선호 일반약, 2 군: 일반약, 3 군: 선호 브랜드명 약품, 4 군: 비선호 약품.
- **소매 약국 프로그램.** 일부 소매 약국에서 다음 약품을 최대 100 일 분량 제공할 수 있습니다. **1 군: 선호 일반약, 2 군: 일반약, 3 군: 선호 브랜드명 약품, 4 군: 비선호 약품.** 다음 약품의 100 일 분량과 1 개월 분량의 코페이 금액은 동일합니다. 1 군: 선호 일반약, 2 군: 일반약, 3 군: 선호 브랜드명 약품, 4 군: 비선호 약품.

#### **B16. 지역 약국에서 집으로 처방약을 배달 받을 수 있습니까?**

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

#### **B17. 나의 코페이는 얼마입니까?**

Blue Shield TotalDual Plan 가입자는 플랜 규정을 준수하는 경우 처방약에 대한 코페이가 없습니다.

약품군은 저희 약품 목록에 있는 약품들의 그룹입니다.

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



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

약품군	설명	코페이먼트	
		30 일 분량	100 일 분량
1 군	선호 일반약	\$0	\$0
2 군	일반약	\$0	\$0
3 군	선호 브랜드명 약품	\$0	\$0
4 군	비선호 약품	\$0	\$0
5 군	특수 처방약	\$0	이용 불가

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

### C. 보험적용 약품 목록 개요

보험적용 약품 목록은 Blue Shield TotalDual Plan 이 보험적용을 하는 의약품에 대한 정보를 제공합니다. 목록에서 약품을 찾는 데 어려움이 있는 경우 섹션 D 에서 시작되는 '보험적용 약품 색인'으로 가십시오. 이 색인에서는 Blue Shield TotalDual Plan 에서 보험적용을 하는 모든 약품이 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

일부 비처방(OTC) 의약품 및 특정 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx 에 의해 보험이 적용될 수 있습니다. 자세한 정보를 보려면 Medi-Cal Rx 웹사이트([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov))를 방문하십시오. Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터(800-977-2273)에 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받을 때에는 Medi-Cal 수혜자 혜택 ID 카드(BIC)를 지참하십시오.

#### 파트 D 에 의거한 재고 요청

- 재고 요청은 저희가 실수를 했다고 귀하가 생각하시는 경우 귀하의 보험적용에 대해 저희가 내린 결정을 검토하고 이를 변경하도록 저희에게 요청하는 공식적인 방법입니다.
- 예를 들어, 저희는 귀하가 원하는 약품에 보험적용을 하지 않거나 더 이상 Medicare 또는 Medi-Cal 에서 보험적용이 되지 않도록 결정할 수 있습니다.

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](http://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



- 귀하 또는 귀하의 처방자가 저희 결정에 동의하지 않는 경우 귀하는 재고 요청을 할 수 있습니다. 질문이 있으시면 이 문서 하단에 있는 번호로 고객 서비스부에 전화하십시오.
- 또한 가입자 안내서 **9 장**에서 결정에 대한 재고 요청을 하는 방법을 알아보실 수 있습니다.
- 파트 D 약품에 속하지 않는 약품은 재고 요청에 대한 다른 규정이 있습니다.

## C1. 의학적 상태별 약품 목록

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

범례		
약품군	이름	
1	선호 일반약	
2	일반약	
3	선호 브랜드명 약품	
4	비선호 약품	
5	특수 처방약	
기호	이름	설명
LA	이용 제한	이 처방은 특정 약국에서만 이용할 수 있습니다. 자세한 내용은 약국 목록을 참조하거나 고객 서비스부에 문의하십시오.
PA	사전 승인	이 처방에 대한 보험적용은 <b>Blue Shield</b> 의 사전 승인이 필요합니다. 보험적용 범위를 결정하는 데 필요한 정보를 제공하시려면 <b>Blue Shield</b> 에 전화하십시오. 일부 약품에는 <b>Medicare</b> 보험적용 규칙에 따라 파트 B 또는 파트 D 보험적용 결정이 필요할 수 있습니다.
QL	수량 제한	이 약에는 복용량 또는 처방 수량 제한이 있습니다. 최대 일일 복용량 제한은 FDA 에서 정해지며, 약품 패키지 삽입물에 안내되어 있습니다. 기타 수량 제한은 가능한 경우 통합 투여를 권장합니다.

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



ST	단계적 치료	이 처방에 대한 보험적용은 다른 1 차 또는 선호 약물 요법을 시도한 경우 제공됩니다(단계적 치료).
NDS	연장된 일수 분량 불가	약품은 장기 복용분으로 제공되지 않습니다.

표의 첫 번째 열에 약품 이름이 기재되어 있습니다. 일반약은 소문자 이탤릭체로 표시되고(예: *simvastatin*), 브랜드명 약품은 대문자로 표시됩니다(예: ELIQUIS). '필요한 조치, 제한 또는 이용 한도' 열에 기재된 정보는 귀하 약품의 보험적용에 대한 Blue Shield TotalDual 의 규정이 있는지 여부를 알려드립니다.

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



---

## D. 보험적용이 되는 약물 색인

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

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413(TTY: 711)번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



## 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
BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE 50-325-40 MG TAB	Tier 2	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 (1 % gel, 1.5 % solution)</i>	Tier 3	
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr)</i>	Tier 2	
<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 (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	

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>ibuprofen 100 mg/5ml suspension</i>	Tier 2	
<i>indomethacin (25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>indomethacin er 75 mg cap er</i>	Tier 3	
<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

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 (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<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>fentanyl citrate (1200 mcg loz handle, 1600 mcg loz handle, 400 mcg loz handle, 600 mcg loz handle, 800 mcg loz handle)</i>	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>fentanyl citrate 200 mcg loz handle</i>	Tier 4	PA, QL (120 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>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 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
<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

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

## ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 5-325 MG/5ML SOLUTION	Tier 3	QL (1000 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

## 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)
<i>premium lidocaine 5 % ointment</i>	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	

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
OPIOID DEPENDENCE		
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg film, 4-1 mg film)</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (8-2 mg film, 8-2 mg sl tab)</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 12-3 mg film</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl 2- 0.5 mg sl tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
OPIOID REVERSAL AGENTS		
<i>naloxone hcl (0.4 mg/ml soln cart, 0.4 mg/ml soln prsy, 0.4 mg/ml solution, 2 mg/2ml soln prsy, 4 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
<i>naloxone hcl 4 mg/0.1ml liquid</i>	Tier 2	QL (2 PER 30 DAYS)
<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 &amp; 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)

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
AMINOGLYCOSIDES		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	Tier 4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	Tier 5	PA, LA, QL (235.2 PER 28 DAYS)
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	Tier 2	
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	Tier 4	
<i>tobramycin sulfate (1.2 gm recon soln, 1.2 gm/30ml solution, 10 mg/ml solution, 2 gm/50ml solution, 80 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
ANTIBACTERIALS, OTHER		
<i>aztreonam (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
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 (600 mg/4ml solution, 9 gm/60ml solution, 900 mg/6ml solution, 9000 mg/60ml 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 NA CL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	

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

## ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<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>lincomycin hcl 300 mg/ml solution</i>	Tier 4	
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	Tier 5	PA
<i>linezolid 600 mg tab</i>	Tier 4	PA
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	Tier 4	
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE 600-0.9 MG/300ML-% SOLUTION	Tier 5	
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	Tier 4	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % lotion)</i>	Tier 3	
<i>metronidazole (0.75 % gel, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metronidazole (1 % gel, 500 mg/100ml solution)</i>	Tier 4	
<i>nitrofurantoin macrocrystal (100 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>polymyxin b sulfate 500000 unit recon soln</i>	Tier 4	
<i>rosadan 0.75 % cream</i>	Tier 3	
<i>rosadan 0.75 % gel</i>	Tier 2	
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	Tier 5	
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimethoprim 100 mg tab</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>vancomycin hcl (1 gm recon soln, 1.25 gm recon soln, 1.5 gm recon soln, 1.75 gm recon soln, 10 gm recon soln, 100 gm recon soln, 125 mg cap, 2 gm recon soln, 250 mg cap, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>vancomycin hcl 5 gm recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
VANDAZOLE 0.75 % GEL	Tier 3	
XIFAXAN 200 MG TAB	Tier 4	PA, QL (9 PER 30 OVER TIME)
XIFAXAN 550 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
BETA-LACTAM, CEPHALOSPORINS		
CEFACLOR (250 MG CAP, 250 MG/5ML RECON SUSP, 500 MG CAP)	Tier 2	
<i>cefadroxil (1 gm tab, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>cefadroxil (250 mg/5ml recon susp, 500 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 3	
<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	
CEFEPIME HCL (1 GM RECON SOLN, 1 GM/50ML SOLUTION, 2 GM RECON SOLN, 2 GM/100ML SOLUTION)	Tier 4	
<i>cefixime (100 mg/5ml recon susp, 200 mg/5ml recon susp, 400 mg cap)</i>	Tier 4	
<i>cefotetan disodium (1 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefoxitin sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln)</i>	Tier 4	

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

## ANTIBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>cefpodoxime proxetil (100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab, 50 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 4	
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ceftazidime (1 gm recon soln, 2 gm recon soln, 6 gm recon soln)</i>	Tier 4	
<i>ceftriaxone sodium (1 gm recon soln, 10 gm recon soln, 2 gm recon soln, 250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm recon soln, 750 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>cephalexin (125 mg/5ml recon susp, 250 mg cap, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg cap)</i>	Tier 2	
TAZICEF (1 GM RECON SOLN, 2 GM RECON SOLN, 6 GM RECON SOLN)	Tier 4	
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	Tier 5	
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 chew tab, 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 ER 1000-62.5 MG TAB ER 12H	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>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 C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	Tier 4	
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	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	
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	
PFIZERPEN (20000000 UNIT RECON SOLN, 5000000 UNIT RECON SOLN)	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	

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
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	
DIFICID 200 MG TAB	Tier 5	PA, QL (20 PER 10 OVER TIME)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	PA, QL (136 PER 10 OVER TIME)
E.E.S. 400 400 MG TAB	Tier 4	
<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, 400 mg tab, 400 mg/5ml recon susp)</i>	Tier 4	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg 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
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	
<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	
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	

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>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>mondoxyne nl 100 mg cap</i>	Tier 2	
<i>morgidox 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		
BRIVIACT (10 MG TAB, 100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB)	Tier 5	ST, QL (2 PER 1 DAYS)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	Tier 5	ST, QL (20 PER 1 DAYS)
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DIACOMIT (500 MG CAP, 500 MG PACKET)	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	Tier 4	QL (16 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>felbamate (400 mg tab, 600 mg tab, 600 mg/5ml suspension)</i>	Tier 4	

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
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FYCOMPA (10 MG TAB, 12 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	Tier 4	QL (24 PER 1 DAYS)
FYCOMPA 2 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>lamotrigine (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg chew tab, 25 mg 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>roweepira (1000 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>roweepira xr 500 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>roweepira xr 750 mg tab er 24h</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 1000 MG TAB	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRITAM 750 MG TAB	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>subvenite (100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>topiramate (100 mg tab, 15 mg cap sprink, 200 mg tab, 25 mg cap sprink, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<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	

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
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 3	
GAMMA-AMINOBUTYRIC 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)
DIAZEPAM 2.5 MG GEL	Tier 4	QL (5 PER 30 DAYS)
<i>diazepam 20 mg gel</i>	Tier 4	QL (40 PER 30 DAYS)
<i>gabapentin (250 mg/5ml solution, 300 mg/6ml solution)</i>	Tier 3	QL (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)
LIBERVANT (10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM, 5 MG FILM, 7.5 MG FILM)	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>phenobarbital (100 mg tab, 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab)</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

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>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 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 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</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigabatrin 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
<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		
APTIOM (200 MG TAB, 400 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
APTIOM (600 MG TAB, 800 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>carbamazepine (100 mg chew tab, 100 mg/5ml suspension, 200 mg chew tab, 200 mg tab, 200 mg/10ml suspension)</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>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	
<i>epitol 200 mg tab</i>	Tier 2	
<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	
<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 X 200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X 100 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

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
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	
<i>galantamine hydrobromide (12 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	Tier 4	
<i>galantamine hydrobromide er (16 mg cap er 24h, 24 mg cap er 24h, 8 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	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, 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg tab)</i>	Tier 3	

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>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
<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)
<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)
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

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
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	
<i>phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	Tier 2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	Tier 4	
SSRIS/SNRIS (SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITOR/SEROTONIN AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR)		
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution</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 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)

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>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	
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	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	
<i>sertraline hcl (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	Tier 3	
<i>trazodone hcl (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>trazodone hcl 300 mg tab</i>	Tier 3	
TRINTELLIX (10 MG TAB, 20 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	ST, QL (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 4	ST, 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 2	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	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>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, 10 mg/ml conc, 100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>protriptyline hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>trimipramine maleate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY

## ANTIEMETICS

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

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>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	Tier 4	
EMETOGENIC THERAPY ADJUNCTS		
<i>aprepitant (125 mg cap, 80 &amp; 125 mg cap, 80 &amp; 125 mg misc, 80 mg cap)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 30 DAYS)
<i>dronabinol (10 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 4	PA, QL (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

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
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>caspofungin acetate (50 mg recon soln, 70 mg recon soln)</i>	Tier 4	PA
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution, 10 mg troche)</i>	Tier 2	
<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 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	Tier 4	
<i>ketconazole (2 % cream, 2 % shampoo, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>micafungin sodium (100 mg recon soln, 50 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	Tier 3	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment, 100000 unit/ml suspension, 500000 unit tab)</i>	Tier 2	
<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	

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 tab, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab)</i>	Tier 4	PA
<i>voriconazole 200 mg recon soln</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

## ANTIGOUT AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	Tier 3	QL (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)
NURTEC 75 MG TAB DISP	Tier 5	PA, QL (16 PER 30 DAYS)
UBRELVY (100 MG TAB, 50 MG TAB)	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)
MIGERGOT 2-100 MG SUPPOS	Tier 4	QL (20 PER 30 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 DAYS)
<i>rizatriptan benzoate (10 mg tab, 10 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan (20 mg/act solution, 5 mg/act solution)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	QL (18 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln prsy, 6 mg/0.5ml solution)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 DAYS)
<i>sumatriptan succinate refill (4 mg/0.5ml soln cart, 6 mg/0.5ml soln cart)</i>	Tier 4	QL (8 PER 30 DAYS)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	Tier 4	QL (18 PER 30 DAYS)

## 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 60 mg/5ml solution</i>	Tier 4	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab er</i>	Tier 4	

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



## ANTIMYCOBACTERIALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTIMYCOBACTERIALS, OTHER		
<i>dapsone (100 mg tab, 25 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	Tier 4	
ANTITUBERCULARS		
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab, 50 mg/5ml syrup)</i>	Tier 2	
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
GLEOSTINE (10 MG CAP, 40 MG CAP)	Tier 4	
GLEOSTINE 100 MG CAP	Tier 5	
LEUKERAN 2 MG TAB	Tier 4	
MATULANE 50 MG CAP	Tier 5	LA
<i>thiotepa (100 mg recon soln, 15 mg recon soln)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION

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
<b>ANTIANDROGENS</b>		
<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>bicalutamide 50 mg tab</i>	Tier 2	
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
<i>flutamide 125 mg cap</i>	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, 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
<b>ANTIANGIOGENIC AGENTS</b>		
<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
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVLIMID (10 MG CAP, 15 MG CAP, 2.5 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP, 5 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
THALOMID (100 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIESTROGENS/MODIFIERS		
<i>fulvestrant 250 mg/5ml soln prsyr</i>	Tier 5	
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 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
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
TABLOID 40 MG TAB	Tier 3	
ANTINEOPLASTICS, OTHER		
AKEEGA (100-500 MG TAB, 50-500 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 160 MG CAP	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AUGTYRO 40 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
<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	
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 2	
<i>exemestane 25 mg tab</i>	Tier 4	
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	Tier 2	
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

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

## ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (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
BOSULIF 100 MG CAP	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 100 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BOSULIF 50 MG CAP	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BRAFTOVI 75 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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 (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 MG & 80 MG KIT	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 MG KIT	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (56 PER 28 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 (70 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 20 mg tab</i>	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>dasatinib 50 mg tab</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DAURISMO 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ERIVEDGE 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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

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>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
<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
IBRANCE (100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 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 5	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 (280 MG TAB, 420 MG TAB, 70 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IMBRUVICA 140 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 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
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

## ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAYPIRCA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (200 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (400 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (42 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KISQALI (600 MG DOSE) 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (63 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
KOSELUGO 10 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KOSELUGO 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
KRAZATI 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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>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 (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 10 & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 MG & 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 2 X 10 MG & 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 MG CAP THPK	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LORBRENA 25 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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
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
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
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

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 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	Tier 5	LA, QL (96 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEMAZYRE (13.5 MG TAB, 4.5 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 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
REZLIDHIA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 100 MG CAP	Tier 5	QL (5 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 200 MG CAP	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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
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
SPRYCEL (100 MG TAB, 140 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL (70 MG TAB, 80 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 20 MG TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SPRYCEL 50 MG TAB	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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
TAGRISSO (40 MG TAB, 80 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
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TALZENNA 0.25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TASIGNA (150 MG CAP, 200 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 THPK, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TRUQAP (160 MG TAB, 200 MG TAB)	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
UKONIQ 200 MG TAB	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

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 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

## ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG 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	
TREATMENT ADJUNCTS		
HEMADY 20 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mesna 100 mg/ml solution</i>	Tier 4	

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
MESNEX 400 MG TAB	Tier 5	
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</i>	Tier 2	QL (50 PER 30 DAYS)
<i>chloroquine phosphate 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
<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>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, 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)
DOPAMINE AGONISTS		
<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	Tier 5	PA
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	Tier 4	

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
<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	

## 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	

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
FLUPHENAZINE HCL (1 MG TAB, 10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 2.5 MG/5ML ELIXIR, 2.5 MG/ML SOLUTION, 5 MG TAB, 5 MG/ML CONC)	Tier 4	
<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, 5 mg/ml solution)</i>	Tier 3	
<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)
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	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 ASIMTUFII (720 MG/2.4ML PRSYR, 960 MG/3.2ML PRSYR)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 5 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>aripiprazole (10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 4	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 4	QL (4 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
ARISTADA (1064 MG/3.9ML PRSYR, 441 MG/1.6ML PRSYR, 662 MG/2.4ML PRSYR, 882 MG/3.2ML PRSYR)	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	Tier 5	QL (2.4 PER 42 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<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
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT (10 MG TAB, 12 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	Tier 4	QL (8 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (3.5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (5 PER 180 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.75 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (1.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 4	QL (0.25 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 5	QL (0.5 PER 28 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

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

## ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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, 80 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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	
<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	

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
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	
<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 (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
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</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 15 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>baclofen 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (4 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 3	
<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 240 MG TAB	Tier 5	QL (200 PER 365 OVER TIME)
PREVYMIS 480 MG TAB	Tier 5	QL (100 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)

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
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ribavirin (200 mg cap, 200 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>ribavirin 6 gm recon soln</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
ANTI-HIV AGENTS, INTEGRASE INHIBITORS (INSTI)		
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DOVATO 50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 100 MG PACKET	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
ISENTRESS 400 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
JULUCA 50-25 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TIVICAY (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY 10 MG TAB	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
ANTI-HIV AGENTS, NON-NUCLEOSIDE REVERSE TRANSCRIPTASE INHIBITORS (NNRTI)		
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
EDURANT 25 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 200 MG CAP	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS)
EFAVIRENZ 50 MG CAP	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<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 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (400-300-300 mg tab, 600-300-300 mg tab)</i>	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
<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)
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)
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS)
CIMDUO 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<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)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>emtricitabine-tenofovir df 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</i>	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
<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)

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-zidovudine 150-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>stavudine (15 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
TEMIXYS 300-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	Tier 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
FUZEON 90 MG RECON SOLN	Tier 5	QL (60 PER 30 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)
SELZENTRY 75 MG TAB	Tier 5	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
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 5	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)
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 800-150 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS)
PREZISTA 150 MG TAB	Tier 3	QL (8 PER 1 DAYS)
PREZISTA 75 MG TAB	Tier 3	QL (10 PER 1 DAYS)
REYATAZ 50 MG PACKET	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS)

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

## ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	Tier 3	QL (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</i>	Tier 4	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
ANTIVIRAL, CORONAVIRUS AGENTS		
PAXLOVID (150/100) 10 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 3	QL (20 PER 30 DAYS)

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

## ANTIVIRALS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
PAXLOVID (300/100) 20 X 150 MG & 10 X 100MG TAB THPK	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)

## ANXIOLYTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANXIOLYTICS, OTHER		
<i>bupirone hcl (10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>meprobamate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
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>alprazolam er (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam er 2 mg tab er 24h</i>	Tier 4	QL (5 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er 24h, 1 mg tab er 24h, 3 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>alprazolam xr 2 mg tab er 24h</i>	Tier 4	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 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab</i>	Tier 3	QL (24 PER 1 DAYS)
<i>clorazepate dipotassium 7.5 mg tab</i>	Tier 3	QL (12 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>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 (2 mg tab, 2 mg/ml conc)</i>	Tier 2	QL (5 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 intensol 2 mg/ml conc</i>	Tier 2	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	
<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	

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

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>glipizide 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 (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 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)
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<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	
<i>miglitol (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 4	QL (3 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
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 (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)
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)
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 (10-1000 MG TAB ER 24H, 2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)

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
XIGDUO XR (10-500 MG TAB ER 24H, 5-500 MG TAB ER 24H)	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
GLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	Tier 3	QL (2 PER 30 OVER TIME)
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	Tier 5	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY (1 MG KIT, 1 MG/ML RECON SOLN)	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
INSULINS		
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART	Tier 3	
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
HUMALOG KWIKPEN (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	Tier 3	
HUMALOG MIX 50/50 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	

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

## BLOOD GLUCOSE REGULATORS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 500 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	Tier 3	
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	Tier 3	QL (40 PER 30 DAYS)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	Tier 3	QL (45 PER 30 DAYS)
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 (150 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS (2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	Tier 3	QL (74 PER 180 OVER TIME)

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>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	
<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)

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
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, 500 MCG/ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
PROMACTA (12.5 MG PACKET, 12.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
PROMACTA (25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
PROMACTA 25 MG PACKET	Tier 5	PA, LA, QL (6 PER 1 DAYS)
PROMACTA 75 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 2000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	Tier 4	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA

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
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	
BRILINTA (60 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<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)

## 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 5	PA, QL (252 PER 90 OVER TIME)
<i>droxidopa 200 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (120 PER 30 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	
<i>methyldopa (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>midodrine hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<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	
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	

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>perindopril erbumine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	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	
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	
<i>quinidine sulfate (200 mg tab, 300 mg tab)</i>	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	

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
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>carvedilol phosphate er (10 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 40 mg cap er 24h, 80 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	ST
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metoprolol succinate er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 25 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 1	
<i>metoprolol tartrate (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>nebivolol hcl (10 mg tab, 2.5 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>pindolol (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 2	
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	

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
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 (10 mg cap, 20 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	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (1260 PER 21 DAYS)
CALCIUM CHANNEL BLOCKING AGENTS, NONDIHYDROPYRIDINES		
<i>cartia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>dilt-xr (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl (120 mg tab, 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule</i>	Tier 2	
<i>diltiazem hcl 360 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 er (120 mg cap er 12h, 120 mg tab er 24h, 180 mg tab er 24h, 240 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 360 mg tab er 24h, 420 mg tab er 24h, 60 mg cap er 12h, 90 mg cap er 12h)</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>tiadyt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)</i>	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	
<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	

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>amlodipine 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 1	
<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	
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)
ENTRESTO (24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>fosinopril sodium-hctz (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)	Tier 1	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i> 20- 37.5 mg tab	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ivabradine hcl</i> (5 mg tab, 7.5 mg tab)	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i> (10- 12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
<i>losartan potassium-hctz</i> (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)	Tier 1	
METHYLDOPA- HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	Tier 3	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)	Tier 2	
<i>metyrosine</i> 250 mg cap	Tier 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> (20- 12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)	Tier 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> (20- 5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)	Tier 1	
<i>pentoxifylline er</i> 400 mg tab er	Tier 2	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	Tier 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> (10- 12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)	Tier 1	
<i>ranolazine er</i> (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz</i> 25-25 mg tab	Tier 2	
<i>telmisartan-amlodipine</i> (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)	Tier 1	

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-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	
<i>furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	
FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	Tier 2	
<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	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

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

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	Tier 3	
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	Tier 2	
<i>ezetimibe-simvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap</i>	Tier 4	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>icosapent ethyl 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 3	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, QL (2 PER 28 DAYS)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	Tier 3	PA, QL (3.5 PER 28 DAYS)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 3	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITORS (SGLT2I)		
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)
VASODILATORS, DIRECT-ACTING ARTERIAL		
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>minoxidil (10 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	Tier 2	

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

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

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AGENTS, AMPHETAMINES		
<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)

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 12.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<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)
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 10 mg chew tab, 20 mg cap, 20 mg chew tab, 30 mg cap, 30 mg chew tab, 40 mg cap, 40 mg chew tab, 50 mg cap, 50 mg chew tab, 60 mg cap, 60 mg chew tab, 70 mg cap)</i>	Tier 4	QL (1 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)

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>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)
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
<i>bac 50-325-40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine 50-325- 40 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>riluzole 50 mg tab</i>	Tier 3	
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	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, 30 MG CAP DR)	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE (40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)</i>	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 30 mg cp dr part</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin 20 mg/ml 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.

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er 10 mg tab er 12h</i>	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 &amp; 240 mg cpdr thpk</i>	Tier 5	PA, LA, 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	
KEPIVANCE 6.25 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>oralone 0.1 % paste</i>	Tier 3	
<i>paroex 0.12 % solution</i>	Tier 2	
<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>adapalene 0.1 % cream</i>	Tier 4	PA
<i>amnesteem (10 mg cap, 20 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 1-5 % gel</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	
TAZORAC 0.05 % CREAM	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, 2.5 % cream)</i>	Tier 2	
<i>alclometasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	Tier 2	
<i>ammonium lactate (12 % cream, 12 % lotion)</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>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	
<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 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution)</i>	Tier 4	
<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, 0.25 % ointment)</i>	Tier 3	
<i>fluocinolone acetonide (0.01 % cream, 0.025 % cream, 0.025 % ointment)</i>	Tier 3	
<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)</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 3	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	ST
<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>procto-pak 1 % 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 (0.1 % cream, 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, 0.005 % solution)</i>	Tier 3	
<i>calcitrene 0.005 % ointment</i>	Tier 3	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	Tier 4	QL (800 PER 28 OVER TIME)
<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	

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>fluorouracil 5 % cream</i>	Tier 3	
<i>imiquimod 5 % cream</i>	Tier 2	QL (24 PER 30 DAYS)
<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	
<i>methoxsalen rapid 10 mg cap</i>	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)
<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	

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 phosphate (1 % gel, 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, 5 % solution)</i>	Tier 4	
<i>dextrose in lactated ringers 5 % solution</i>	Tier 4	
<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, 5-0.45 % solution, 5-0.9 % solution)</i>	Tier 4	
<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	
<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>klor-con sprinkle (10 meq cap er, 8 meq cap 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>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	
NORMOSOL-M IN D5W SOLUTION	Tier 4	
<i>potassium chloride (10 % solution, 10 meq/100ml solution, 2 meq/ml solution, 20 meq/100ml solution, 20 meq/15ml (10%) solution, 40 meq/100ml solution, 40 meq/15ml (20%) solution)</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	
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	
<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	

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
TPN ELECTROLYTES CONC	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
ELECTROLYTE/MINERAL/METAL MODIFIERS		
CHEMET 100 MG CAP	Tier 5	
<i>clovique 250 mg cap</i>	Tier 5	PA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>deferasirox (250 mg tab sol, 500 mg tab sol)</i>	Tier 5	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	Tier 3	
<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)
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	

## 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	

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
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 3	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	
NULYTELY LEMON-LIME 420 GM RECON SOLN	Tier 3	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS 420 GM RECON SOLN	Tier 3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	Tier 3	
<i>trilyte 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>atropine sulfate (0.5 mg/5ml soln prsyr, 1 mg/10ml soln prsyr)</i>	Tier 4	
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>methscopolamine bromide (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	

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

## GASTROINTESTINAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
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	
GOLYTELY 236 GM RECON SOLN	Tier 3	
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)
<i>omeprazole 10 mg cap dr</i>	Tier 2	
<i>omeprazole 20 mg cap dr</i>	Tier 1	

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 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
<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	
CYSTAGON (150 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 4	PA, LA
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (60 PER 28 DAYS)
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
<i>nitisinone (10 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	PA

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
PROLASTIN-C (1000 MG RECON SOLN, 1000 MG/20ML SOLUTION)	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
<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

## GENITOURINARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTISPASMODICS, URINARY		
<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	Tier 3	
GEMTESA 75 MG TAB	Tier 4	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
<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)

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>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	
CORTROPHIN 80 UNIT/ML GEL	Tier 5	PA, LA
<i>decadron (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.5 mg/5ml elixir, 0.5 mg/5ml solution, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	Tier 2	
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>dexamethasone sod phosphate pf 10 mg/ml solution</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 4 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	Tier 2	
<i>methylprednisolone (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 4 mg tab thpk, 8 mg tab)</i>	Tier 2	

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>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, 5 mg/5ml solution, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	Tier 3	

## HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)

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

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
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	
<i>amethia 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>amethia lo 0.1-0.02 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 3	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 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>ashlyna 0.15-0.03 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>aubra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aubra eq 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aurovela fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>ayuna 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>bekyree 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) 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 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>camrese lo 0.1-0.02 &amp; 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-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyclafem 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>cyclafem 7/7/7 0.5/0.75/1-35 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 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	
<i>delyla 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	Tier 4	
<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	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	QL (1 PER 28 DAYS)
<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 (0.1 mg/gm cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</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>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	QL (1 PER 28 DAYS)
<i>falmina 0.1-20 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>gianvi 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<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	QL (1 PER 28 DAYS)
<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 &amp; 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	
<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	

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>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 &amp; 0.01 mg tab, 0.15-0.03 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 &amp; 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	
<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	

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

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

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>lojaimiess 0.1-0.02 &amp; 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>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>mono-linyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<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	

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>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>orsythia 0.1-20 mg-mcg 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 (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	Tier 4	
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	Tier 3	
<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 &amp; 0.01 mg tab</i>	Tier 4	

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>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-previfem 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	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	Tier 3	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>viorele 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>volnea 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	Tier 3	
<i>vyfemla 0.4-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	

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>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>yuvafem 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>zarah 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<b>PROGESTINS</b>		
<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>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	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>lyza 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>medroxyprogesterone acetate (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	Tier 3	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab, 40 mg/ml suspension, 400 mg/10ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	Tier 2	PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
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>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	
<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	

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>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	
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	
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 MG/VIAL RECON SOLN	Tier 5	
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	Tier 4	
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	Tier 4	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) (3.75 MG KIT, 7.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	Tier 5	
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	Tier 5	
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	Tier 5	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)

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
<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	
TRELSTAR MIXJECT (11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP, 3.75 MG RECON SUSP)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANGIOEDEMA AGENTS		
HAEGARDA (2000 UNIT RECON SOLN, 3000 UNIT RECON SOLN)	Tier 5	PA, LA

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>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
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 28 DAYS)
COSENTYX (150 MG/ML SOLN PRSYR, 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, LA
COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX SENSOREADY PEN 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, LA
DUPIXENT (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

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
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
REZUROCK 200 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RINVOQ (15 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H)	Tier 5	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
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 SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	Tier 5	PA, QL (0.5 PER 28 DAYS)
STELARA 130 MG/26ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (104 PER 365 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (1 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 (300 MG/2ML SOLN A- INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA, QL (8 PER 28 DAYS)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	Tier 5	PA, QL (5 PER 28 DAYS)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, LA, QL (5 PER 28 DAYS)
IMMUNOSTIMULANTS		
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 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

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>gengraf (100 mg cap, 100 mg/ml solution, 25 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	Tier 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 (1 GM RECON SOLN, 1000 MG/40ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 250 mg/10ml solution, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 3	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

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>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
TREXALL (10 MG TAB, 15 MG TAB, 5 MG TAB, 7.5 MG TAB)	Tier 4	
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 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 (SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	VAC
HAVRIX 1440 EL U/ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
HAVRIX 720 EL U/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC

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
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	Tier 3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	Tier 3	
IPOL INJECTABLE	Tier 3	VAC
IXCHIQ RECON SOLN	Tier 4	VAC
IXIARO SUSPENSION	Tier 4	VAC
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
KINRIX (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
M-M-R II RECON SOLN	Tier 3	VAC
MENACTRA SOLUTION	Tier 3	VAC
MENQUADFI SOLUTION	Tier 3	VAC
MENVEO (RECON SOLN, SOLUTION)	Tier 3	VAC
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
PEDIARIX SUSP PRSYR	Tier 3	
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
PENTACEL RECON SUSP	Tier 3	
PREHEVBRIO 10 MCG/ML SUSPENSION	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC

이 표에 있는 기호와 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
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
TDVAX 2-2 LF/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	Tier 3	VAC
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR	Tier 3	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TRUMENBA SUSP PRSYR	Tier 3	VAC
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	Tier 4	VAC
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION	Tier 3	
VAQTA 50 UNIT/ML SUSPENSION	Tier 3	VAC
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	VAC
VAXCHORA RECON SUSP	Tier 4	VAC
YF-VAX INJECTABLE	Tier 4	VAC

## 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	
DIPENTUM 250 MG CAP	Tier 5	PA
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	Tier 4	QL (4 PER 1 DAYS)

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</i>	Tier 4	
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	Tier 2	
<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	PA, 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	
<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	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
CALCITRIOL 1 MCG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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

## METABOLIC BONE DISEASE AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<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
<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
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	Tier 4	PA
<i>risedronate sodium (150 mg tab, 35 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 4	
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	Tier 5	PA
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	Tier 5	PA, QL (1.56 PER 28 DAYS)
XGEVA 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	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK 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
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	
<i>argyle sterile water solution</i>	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	
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	

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

**MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS**

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
DROPLET MICRON 34G X 3.5 MM MISC	Tier 3	
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.3 ML MISC, X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EASY COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>gauze pads 2</i>	Tier 2	
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	
INTRALIPID (20 % EMULSION, 30 % EMULSION)	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION

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
<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	
<i>novotwist 32g x 5 mm misc</i>	Tier 3	
NUTRILIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
OPVEE 2.7 MG/0.1ML SOLUTION	Tier 4	QL (2 PER 30 DAYS)
PEN 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 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	
<i>ringers irrigation solution</i>	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X 1/2" 0.5 ML MISC, X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	
SILIGENTLE FOAM DRESSING 2"X2" PAD	Tier 2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>sterile water for irrigation solution</i>	Tier 2	
SURE COMFORT PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
<i>tis-u-sol 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
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 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 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	
VERIFINE INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 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)

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 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	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>brimonidine tartrate-timolol 0.2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal 22.3-6.8 mg/ml solution</i>	Tier 2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	Tier 3	
<i>neo-polycin 3.5-400-10000 ointment</i>	Tier 2	
<i>neo-polycin hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000 ointment, 5-400-10000 ointment)</i>	Tier 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (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)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EMULSION	Tier 3	QL (5.5 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	

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>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	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	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	
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 2	
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	
<i>sulfacetamide sodium (10 % ointment, 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	

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>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>loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % suspension)</i>	Tier 3	
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	Tier 4	
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	Tier 2	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	Tier 2	
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	

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>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 PER 30 DAYS)
<i>travoprost (bak free) 0.004 % solution</i>	Tier 3	QL (5 PER 30 DAYS)
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	Tier 4	

## OTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	Tier 4	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	Tier 3	
<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	

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
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	Tier 2	

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ANTI-INFLAMMATORIES, INHALED CORTICOSTEROIDS		
ARNUITY ELLIPTA (100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA, 50 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (30 PER 30 DAYS)
<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
PULMICORT FLEXHALER (180 MCG/ACT AER POW BA, 90 MCG/ACT AER POW BA)	Tier 3	QL (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 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)

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>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 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)
SPIRIVA RESPIMAT (1.25 MCG/ACT AERO SOLN, 2.5 MCG/ACT AERO SOLN)	Tier 3	QL (4 PER 30 DAYS)
<i>tiotropium bromide monohydrate 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 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)

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
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)
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	PA, QL (28 PER 180 OVER TIME)
<i>roflumilast 500 mcg tab</i>	Tier 4	PA, 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	

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
<b>PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES</b>		
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</i>	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 62.5 mg tab</i>	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
OPSUMIT 10 MG TAB	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
<b>PULMONARY FIBROSIS AGENTS</b>		
OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	Tier 5	PA, LA, QL (2 PER 1 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)
<b>RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER</b>		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)

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

## RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>breyna (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	Tier 3	QL (10.7 PER 30 DAYS)
<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)

## SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

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

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>cyclobenzaprine hcl (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<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)
<i>zolpidem tartrate er 12.5 mg tab er</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zolpidem tartrate er 6.25 mg tab er</i>	Tier 3	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)
SODIUM OXYBATE 500 MG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, LA, QL (540 PER 30 DAYS)

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

## 보험적용이 되는 약물 색인

### A

abacavir sulfate	52	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	122
abacavir sulfate-lamivudine	52	albuterol sulfate	122
abacavir-lamivudine-zidovudine	52	albuterol sulfate hfa	122
ABELCET	24	alclometasone dipropionate	79
ABILIFY ASIMTUFII	46	ALCOHOL 70% PADS	112
ABILIFY MAINTENA	46	ALCOHOL PREP	112
abiraterone acetate	29	ALCOHOL PREP PADS	112
ABRYSVO	108	ALCOHOL SWABSTICK	112
acamprosate calcium	5	alcohol wipes	81
acarbose	57	ALDURAZYME	88
accutane	79	ALECENSA	31
acebutolol hcl	67	alendronate sodium	111
acetaminophen-codeine	3	ALENDRONATE SODIUM	111
acetazolamide	69	alfuzosin hcl er	89
acetazolamide er	119	aliskiren fumarate	69
acetic acid	120	allopurinol	26
acetylcysteine	124	alosetron hcl	86
acitretin	79	alprazolam	56
ACTHIB	108	alprazolam er	56
ACTIMMUNE	106	alprazolam xr	56
acyclovir	55,82	altavera	92
acyclovir sodium	55	ALUNBRIG	31,32
ADACEL	108	alyacen 1/35	92
adapalene	79	alyacen 7/7/7	92
adefovir dipivoxil	50	alyq	124
ADEMPAS	124	amantadine hcl	44
ADVAIR HFA	124	ambrisentan	124
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	112	amethia	92
afirmelle	92	amethia lo	92
AIMOVIG	26	amikacin sulfate	7
ak-poly-bac	117	amiloride hcl	72
AKEEGA	30	amiloride-hydrochlorothiazide	69
ala-cort	79	amiodarone hcl	66
albendazole	43	amitriptyline hcl	22
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	122	amlodipine besy-benazepril hcl	69
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	122	amlodipine besylate	68
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	122	amlodipine besylate-valsartan	70
		amlodipine-atorvastatin	70
		amlodipine-olmesartan	70
		amlodipine-valsartan-hctz	70
		ammonium lactate	79
		amnesteem	79

amoxapine.....	22	ATROVENT HFA.....	122
amoxicillin.....	10	aubra.....	93
amoxicillin-pot clavulanate.....	10	aubra eq.....	93
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER.....	10	AUGTYRO.....	30
amphetamine-dextroamphet er.....	75	AUM ALCOHOL PREP PADS.....	113
amphetamine-dextroamphetamine... ..	75,76	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE.....	113
AMPHOTERICIN B.....	25	AUM PEN NEEDLE.....	113
ampicillin.....	11	aurovela 1.5/30.....	93
ampicillin sodium.....	11	aurovela 1/20.....	93
ampicillin-sulbactam sodium.....	11	aurovela fe 1.5/30.....	93
anagrelide hcl.....	63	aurovela fe 1/20.....	93
anastrozole.....	31	AUVELITY.....	20
ANORO ELLIPTA.....	124	aviane.....	93
apomorphine hcl.....	44	avidoxy.....	13
apraclonidine hcl.....	119	ayuna.....	93
aprepitant.....	24	AYVAKIT.....	32
apri.....	92	azathioprine.....	106
APTIOM.....	17	AZATHIOPRINE SODIUM.....	106
APTIVUS.....	54	azelastine hcl.....	118,121
AQ INSULIN SYRINGE.....	113	azithromycin.....	12
AQINJECT PEN NEEDLE.....	113	AZITHROMYCIN.....	12
aranelle.....	92	aztreonam.....	7
ARANESP (ALBUMIN FREE).....	63	azurette.....	93
ARCALYST.....	104		
AREXVY.....	108	<b>B</b>	
argyle sterile water.....	113	bac.....	77
ARIKAYCE.....	7	bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	117
aripiprazole.....	46	BACITRACIN.....	118
ARISTADA.....	47	bacitracin-polymyxin b.....	117
ARISTADA INITIO.....	47	baclofen.....	50
armodafinil.....	126	balsalazide disodium.....	110
ARNUIITY ELLIPTA.....	121	BALVERSA.....	32
asenapine maleate.....	47	balziva.....	93
ashlyna.....	93	BAQSIMI ONE PACK.....	60
aspirin-dipyridamole er.....	64	BAQSIMI TWO PACK.....	60
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES.....	113	BARACLUDGE.....	50
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	113	BCG VACCINE.....	108
atazanavir sulfate.....	54	BD INSULIN SYRINGE.....	113
atenolol.....	67	BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM	
atenolol-chlorthalidone.....	70	MISC.....	113
atomoxetine hcl.....	76	BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM	
atorvastatin calcium.....	73	MISC.....	113
atovaquone.....	43	BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM	
atovaquone-proguanil hcl.....	43	MISC.....	113
atropine sulfate.....	86,117		

BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		BRUKINSA	32
MISC	113	budesonide	111,121
bekyree	93	budesonide er	111
benazepril hcl	65	budesonide-formoterol fumarate	125
benazepril-hydrochlorothiazide	70	bumetanide	72
BENLYSTA	104	buprenorphine	2
BENZNIDAZOLE	43	buprenorphine hcl	6
benzoyl peroxide-erythromycin	79	buprenorphine hcl-naloxone hcl	6
benztropine mesylate	44	bupropion hcl	20
BESIVANCE	13	bupropion hcl er (smoking det)	6
BESREMI	106	bupropion hcl er (sr)	20
betaine	88	bupropion hcl er (xl)	20
betamethasone dipropionate	80	buspironone hcl	56
betamethasone dipropionate aug	80	butalbital-apap-caffeine	77
betamethasone valerate	80	butalbital-aspirin-caffeine	1
BETASERON	78	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	1
betaxolol hcl	67,119	butorphanol tartrate	3
bethanechol chloride	90		
bexarotene	42	<b>C</b>	
BEXSERO	108	CABENUVA	53
bicalutamide	29	cabergoline	102
BICILLIN C-R	11	CABOMETYX	32
BICILLIN C-R 900/300	11	calcipotriene	81
BICILLIN L-A	11	calcitonin (salmon)	111
BIKTARVY	51	calcitrene	81
bimatoprost	120	CALCITRIOL	81,111
BIOGUARD GAUZE SPONGES	113	calcitriol	111
bisoprolol fumarate	67	CALQUENCE	32
bisoprolol-hydrochlorothiazide	70	camila	100
blisovi fe 1.5/30	93	camrese	93
blisovi fe 1/20	93	camrese lo	93
BOOSTRIX	108	candesartan cilexetil	65
bosentan	124	candesartan cilexetil-hctz	70
BOSULIF	32	CAPLYTA	47
BRAFTOVI	32	CAPRELSA	32
BREO ELLIPTA	124	captopril	65
breynd	125	CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE	70
BREZTRI AEROSPHERE	125	carbamazepine	17
briellyn	93	carbamazepine er	18
BRILINTA	64	carbidopa	45
brimonidine tartrate	119	carbidopa-levodopa	45
brimonidine tartrate-timolol	117	carbidopa-levodopa er	45
brinzolamide	120	carbidopa-levodopa-entacapone	44
BRIVIACT	14	CARETOUCH ALCOHOL PREP	113
bromocriptine mesylate	44	carglumic acid	88

carisoprodol.....	125	ciprofloxacin.....	13
CARTEOLOL HCL.....	119	ciprofloxacin hcl.....	13,120
cartia xt.....	68	ciprofloxacin in d5w.....	13
carvedilol.....	67	ciprofloxacin-dexamethasone.....	120
carvedilol phosphate er.....	67	cialopram hydrobromide.....	21
caspofungin acetate.....	25	claravis.....	79
cataflam.....	1	CLARITHROMYCIN.....	12
CAYSTON.....	7	clarithromycin.....	12
caziant.....	93	clarithromycin er.....	12
CEFACLOR.....	9	clindamycin hcl.....	7
cefadroxil.....	9	clindamycin palmitate hcl.....	7
cefazolin sodium.....	9	clindamycin phos-benzoyl perox.....	79
cefdinir.....	9	clindamycin phosphate.....	7,83
CEFEPIME HCL.....	9	clindamycin phosphate in d5w.....	7
cefixime.....	9	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	7
cefotetan disodium.....	9	clobazam.....	16
cefoxitin sodium.....	9	clobetasol prop emollient base.....	80
cefpodoxime proxetil.....	10	clobetasol propionate.....	80
cefprozil.....	10	clobetasol propionate e.....	80
ceftazidime.....	10	clomipramine hcl.....	22
ceftriaxone sodium.....	10	clonazepam.....	56
cefuroxime axetil.....	10	clonidine.....	64
cefuroxime sodium.....	10	clonidine hcl.....	64
celecoxib.....	1	clopidogrel bisulfate.....	64
cephalexin.....	10	clorazepate dipotassium.....	56
cetirizine hcl.....	121	clotrimazole.....	25
cevimeline hcl.....	78	clotrimazole-betamethasone.....	81
chateal.....	93	clovique.....	85
chateal eq.....	93	clozapine.....	49
CHEMET.....	85	COARTEM.....	43
chlorhexidine gluconate.....	78	CODEINE SULFATE.....	3
chloroquine phosphate.....	43	codeine sulfate.....	3
chlorpromazine hcl.....	45	colchicine.....	26
chlorthalidone.....	72	colchicine-probenecid.....	26
cholestyramine.....	73	colesevelam hcl.....	73
cholestyramine light.....	73	colestipol hcl.....	74
ciclodan.....	82	colistimethate sodium (cba).....	8
ciclopirox.....	82	COMBIVENT RESPIMAT.....	125
ciclopirox olamine.....	82	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	33
cilostazol.....	64	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	33
CILOXAN.....	13	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	33
CIMDUO.....	52	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	113
cimetidine.....	87	COMPLERA.....	51
cinacalcet hcl.....	112	compro.....	23
CIPRO HC.....	120	constulose.....	85

COPIKTRA.....	33	deferasirox.....	85
CORLANOR.....	70	DELSTRIGO.....	51
CORTIFOAM.....	111	delyla.....	94
CORTISONE ACETATE.....	90	DENGVAXIA.....	108
CORTISPORIN-TC.....	120	DEPO-ESTRADIOL.....	94
CORTROPHIN.....	90	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	100
COSENTYX.....	104	depo-testosterone.....	92
COSENTYX (300 MG DOSE).....	104	DERMOTIC.....	120
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	104	DESCOVY.....	52
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	104	desipramine hcl.....	23
COSENTYX UNOREADY.....	104	desmopressin ace spray refrig.....	91
COTELLIC.....	33	desmopressin acetate.....	91
CREON.....	88	desmopressin acetate pf.....	91
cromolyn sodium.....	87,118,123	desmopressin acetate spray.....	91
cryselle-28.....	93	desogestrel-ethinyl estradiol.....	94
CVS ALCOHOL PREP PADS.....	113	desonide.....	80
cvs isopropyl alcohol wipes.....	81	desoximetasone.....	80
cyclafem 1/35.....	93	desvenlafaxine succinate er.....	21
cyclafem 7/7/7.....	93	dexamethasone.....	90
cyclobenzaprine hcl.....	126	DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	90
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	28	dexamethasone sod phosphate pf.....	90
cyclosporine.....	106	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	90,118
cyclosporine modified.....	106	dexmethylphenidate hcl.....	76
cyproheptadine hcl.....	121	dextroamphetamine sulfate.....	76
cyred.....	93	dextrose.....	83
cyred eq.....	93	dextrose in lactated ringers.....	83
CYSTAGON.....	88	dextrose-sodium chloride.....	83
CYSTARAN.....	88	DIACOMIT.....	14
<b>D</b>		diazepam.....	16,57
dabigatran etexilate mesylate.....	61	DIAZEPAM.....	16
dalfampridine er.....	78	diazepam intensol.....	57
danazol.....	92	diazoxide.....	60
dantrolene sodium.....	50	diclofenac potassium.....	1
dapsone.....	28	diclofenac sodium.....	1,118
DAPTACEL.....	108	diclofenac sodium er.....	1
daptomycin.....	8	dicloxacillin sodium.....	11
darunavir.....	54	dicyclomine hcl.....	86
dasatinib.....	33	DIFICID.....	12
dasetta 1/35.....	94	diflunisal.....	1
dasetta 7/7/7.....	94	difluprednate.....	119
DAURISMO.....	33	digitek.....	66
daysee.....	94	digox.....	66
deblitane.....	100	digoxin.....	66
decadron.....	90	dihydroergotamine mesylate.....	26



dilt-xr	68	drospirenone-ethinyl estradiol	94
diltiazem hcl	68	DROXIA	88
diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule	68	droxidopa	64
diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule	68	duloxetine hcl	77
diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule	68	DUPIXENT	104
diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule	68	dutasteride	89
diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule	68	dutasteride-tamsulosin hcl	89
diltiazem hcl er	69	<b>E</b>	
diltiazem hcl er beads	69	E.E.S. 400	12
dimethyl fumarate	78	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	114
dimethyl fumarate starter pack	78	EASY COMFORT PEN NEEDLES	114
DIPENTUM	110	ec-naproxen	1
diphenoxylate-atropine	86	econazole nitrate	25
DIPHENOXYLATE-ATROPINE	86	EDURANT	51
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT	108	EFAVIRENZ	51
dipyridamole	64	efavirenz	51
disulfiram	5	efavirenz-emtricitab-tenofo df	51
divalproex sodium	14	efavirenz-lamivudine-tenofovir	51
divalproex sodium er	14	ELAPRASE	88
dofetilide	66	elinest	94
donepezil hcl	19	ELIQUIS	61
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg	19	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	61
donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg	19	eluryng	94
dorzolamide hcl	120	EMBRACE PEN NEEDLES	114
dorzolamide hcl-timolol mal	117	emoquette	94
dorzolamide hcl-timolol mal pf	117	EMSAM	21
dotti	94	emtricitabine	52
DOVATO	51	emtricitabine-tenofovir df	52
doxazosin mesylate	65	EMTRIVA	52
doxepin hcl	23	emzahh	100
doxercalciferol	112	enalapril maleate	65
doxy 100	13	enalapril-hydrochlorothiazide	70
doxycycline hyclate	13	ENBREL	106
doxycycline monohydrate	14	ENBREL MINI	106
DRIZALMA SPRINKLE	77	ENBREL SURECLICK	106
dronabinol	24	endocet	3
DROPLET MICRON	114	ENGERIX-B	108
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	114	enilloring	94
		enoxaparin sodium	62
		enpresse-28	94
		enskyce	94
		entacapone	44
		entecavir	50
		ENTRESTO	70

enulose	85
ENVARUSUS XR	106
EPIDIOLEX	14
epinephrine	122
EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK)	123
epitol	18
EPIVIR HBV	50
eplerenone	72
EPRONTIA	14
EPROSARTAN MESYLATE	65
ERGOLOID MESYLATES	19
ERIVEDGE	33
ERLEADA	29
erlotinib hcl	33
errin	100
ertapenem sodium	12
ERY	83
erythrocin lactobionate	12
erythromycin	83,118
erythromycin base	12
erythromycin ethylsuccinate	12
erythromycin lactobionate	12
escitalopram oxalate	21
esomeprazole magnesium	87
estarylla	94
estradiol	94
estradiol valerate	95
ESTRING	95
eszopiclone	126
ethambutol hcl	28
ethosuximide	16
ethynodiol diac-eth estradiol	95
etodolac	1
etodolac er	1
etonogestrel-ethinyl estradiol	95
etravirine	52
euthyrox	101
everolimus	33,34,107
EVOTAZ	54
exemestane	31
ezetimibe	74
ezetimibe-simvastatin	74

## F

falmina	95
famciclovir	55
famotidine	87
FANAPT	47
FANAPT TITRATION PACK	47
FARXIGA	74
febuxostat	26
felbamate	14
felodipine er	68
femynor	95
fenofibrate	73
fenofibrate micronized	73
fenofibric acid	73
fentanyl	2
fentanyl citrate	3
FETZIMA	21
FETZIMA TITRATION	21
finasteride	90
fingolimod hcl	78
FINTEPLA	15
FIRMAGON	102
FIRMAGON (240 MG DOSE)	102
flavoxate hcl	89
flecainide acetate	66
fluconazole	25
fluconazole in sodium chloride	25
flucytosine	25
fludrocortisone acetate	90
flunisolide	125
fluocinolone acetonide	80
fluocinolone acetonide body	80
fluocinolone acetonide scalp	80
fluocinonide	80
fluocinonide emulsified base	80
fluorometholone	119
fluorouracil	81,82
fluoxetine hcl	21
FLUOXETINE HCL	21
fluphenazine decanoate	45
FLUPHENAZINE HCL	46
FLURBIPROFEN	1
FLURBIPROFEN SODIUM	119
flutamide	29

fluticasone propionate	80,125
fluticasone-salmeterol	125
FLUTICASONE-SALMETEROL	125
fluvastatin sodium	73
fluvastatin sodium er	73
flvoxamine maleate	21,22
FML	119
FML FORTE	119
fondaparinux sodium	62
fosamprenavir calcium	54
fosinopril sodium	65
fosinopril sodium-hctz	70
FOTIVDA	34
FRUZAQLA	30
fulvestrant	30
furosemide	72
FUROSEMIDE	72
FUZEON	53
fyavolv	95
FYCOMPA	15

## G

gabapentin	16
galantamine hydrobromide	19
GALANTAMINE HYDROBROMIDE	19
galantamine hydrobromide er	19
GAMUNEX-C	104
GARDASIL 9	108
gauze pads 2	114
GAVILYTE-C	87
gavilyte-g	87
gavilyte-n with flavor pack	85
GAVRETO	34
gefitinib	34
gemfibrozil	73
GEMTESA	89
generlac	85
gengraf	107
GENTAK	118
gentamicin sulfate	7,118
GENVOYA	51
gianvi	95
GILOTRIF	34
glatiramer acetate	78
glatopa	78

GLEOSTINE	28
glimepiride	57
glipizide	57
glipizide er	58
glipizide xl	58
glipizide-metformin hcl	58
GLUCAGEN HYPOKIT	60
GLUCAGON EMERGENCY	60
glyburide	58
GLYBURIDE MICRONIZED	58
glyburide-metformin	58
glycopyrrolate	86
GLYXAMBI	58
GOLYTELY	87
granisetron hcl	24
griseofulvin microsize	25
griseofulvin ultramicrosize	25
guanfacine hcl	64
guanfacine hcl er	76

## H

HADLIMA	107
HADLIMA PUSH TOUCH	107
HAEGARDA	103
hailey 1.5/30	95
hailey fe 1.5/30	95
hailey fe 1/20	95
halobetasol propionate	80
haloette	95
haloperidol	46
haloperidol decanoate	46
haloperidol lactate	46
HAVRIX	108
heather	100
HEMADY	42
heparin sodium (porcine)	62
heparin sodium (porcine) pf	62
HEPLISAV-B	108
HIBERIX	109
HIZENTRA	104
HUMALOG	60
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	60
HUMALOG KWIKPEN	60
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	60
HUMALOG MIX 75/25	60

HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	60	INLYTA	34,35
HUMULIN 70/30	60	INQOVI	30
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	60	INREBIC	35
HUMULIN N	60	INSULIN LISPRO	61
HUMULIN N KWIKPEN	60	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	61
HUMULIN R	60	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	61
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	61	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	61
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	61	INSULIN PEN NEEDLES	114
hydralazine hcl	74	INSULIN PEN NEEDLES	114
hydrochlorothiazide	72	INSULIN SYRINGE 0.3 ML	114
hydrocodone-acetaminophen	4	INSULIN SYRINGE 0.5 ML	114
hydrocortisone	80,111	INSULIN SYRINGE 1 ML	114
hydrocortisone (perianal)	81	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	114
hydrocortisone butyrate	81	INSUPEN PEN NEEDLES	114
hydrocortisone-acetic acid	120	INTELENCE	52
hydromorphone hcl	4	INTRALIPID	114
hydroxychloroquine sulfate	43	introvale	95
hydroxyurea	30	INVEGA HAFYERA	47
hydroxyzine hcl	121	INVEGA SUSTENNA	47
hydroxyzine pamoate	121	INVEGA TRINZA	48
		IPOL	109
		ipratropium bromide	122
ibandronate sodium	112	ipratropium-albuterol	125
IBRANCE	34	irbesartan	65
ibu	1	irbesartan-hydrochlorothiazide	71
ibuprofen	1,2	ISENTRESS	51
icatibant acetate	104	ISENTRESS HD	51
iclevia	95	isibloom	95
ICLUSIG	34	isoniazid	28
icosapent ethyl	74	isopropyl alcohol	82
IDHIFA	34	isopropyl alcohol wipes	82
ILEVRO	119	isosorb dinitrate-hydralazine	71
imatinib mesylate	34	isosorbide dinitrate	75
IMBRUVICA	34	isosorbide mononitrate	75
imipenem-cilastatin	12	isosorbide mononitrate er	75
imipramine hcl	23	isotretinoin	79
imiquimod	82	isradipine	68
IMOVAX RABIES	109	itraconazole	25
incassia	100	ivabradine hcl	71
INCRELEX	91	ivermectin	43
INCRUSE ELLIPTA	122	IWILFIN	31
indapamide	73	IXCHIQ	109
indomethacin	2	IXIARO	109
indomethacin er	2		
INFANRIX	109		

## J

jaimiess	95
JAKAFI	35
jantoven	62
JANUMET	58
JANUMET XR	58
JANUVIA	58
JARDIANCE	74
jasmiel	95
JAYPIRCA	35
jencycla	100
JENTADUETO	58
JENTADUETO XR	58
jinteli	95
jolessa	95
joyeaux	95
juleber	95
JULUCA	51
junel 1.5/30	95
junel 1/20	95
junel fe 1.5/30	95
junel fe 1/20	95
JYNNEOS	109

## K

kalliga	95
KALYDECO	123
kariva	96
kcl in dextrose-nacl	83
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	83
kelnor 1/35	96
kelnor 1/50	96
KEPIVANCE	78
KERENDIA	58
ketoconazole	25
ketorolac tromethamine	119
KINRIX	109
kionex	85
KISQALI (200 MG DOSE)	35
KISQALI (400 MG DOSE)	35
KISQALI (600 MG DOSE)	35
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	35
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	35
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	35

klor-con	83
klor-con 10	83
klor-con m10	83
klor-con m15	83
klor-con m20	83
klor-con sprinkle	83
KOSELUGO	35
kourzeq	78
KRAZATI	35
kurvelo	96

## L

l-glutamine	88
labetalol hcl	67
lacosamide	18
lactated ringers	84,115
lactulose	85
lactulose encephalopathy	85
lamivudine	50,52
lamivudine-zidovudine	53
lamotrigine	15
lansoprazole	87
LANTUS	61
LANTUS SOLOSTAR	61
lapatinib ditosylate	36
larin 1.5/30	96
larin 1/20	96
larin fe 1.5/30	96
larin fe 1/20	96
larissia	96
latanoprost	120
leena	96
leflunomide	107
lenalidomide	29
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	36
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	36
lessina	96
letrozole	31
leucovorin calcium	31

LEUKERAN.....	28	loestrin fe 1.5/30.....	96
leuprolide acetate.....	102	loestrin fe 1/20.....	97
levabuterol hcl.....	123	lojaimiess.....	97
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	123	LOKELMA.....	85
levetiracetam.....	15	LONSURF.....	31
levetiracetam er.....	15	loperamide hcl.....	86
levo-t.....	101	lopinavir-ritonavir.....	54
LEVOBUNOLOL HCL.....	119	lorazepam.....	57
levocarnitine.....	88	lorazepam intensol.....	57
levocetirizine dihydrochloride.....	121	LORBRENA.....	36
levofloxacin.....	13	loryna.....	97
LEVOFLOXACIN.....	118	losartan potassium.....	65
levofloxacin in d5w.....	13	losartan potassium-hctz.....	71
levonest.....	96	loteprednol etabonate.....	119
levonorg-eth estrad triphasic.....	96	lovastatin.....	73
levonorgest-eth estrad 91-day.....	96	low-ogestrel.....	97
levonorgest-eth estradiol-iron.....	96	loxapine succinate.....	46
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	96	lubiprostone.....	86
levora 0.15/30 (28).....	96	LUMAKRAS.....	36
levothyroxine sodium.....	101	LUMIGAN.....	120
levoxyl.....	102	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	102
LEXIVA.....	54	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	102
LIBERVANT.....	16	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	102
lidocaine.....	5	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	102
lidocaine hcl.....	5	lurasidone hcl.....	48
lidocaine viscous hcl.....	5	lutera.....	97
lidocaine-prilocaine.....	5	LYBALVI.....	20
lidocan.....	5	lyleq.....	100
LILETTA (52 MG).....	100	lyllana.....	97
lillow.....	96	LYNPARZA.....	37
lincomycin hcl.....	8	LYSODREN.....	31
linezolid.....	8	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	37
LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	8	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	37
LINZESS.....	86	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	37
liothyronine sodium.....	102	lyza.....	100
lisdexamphetamine dimesylate.....	76		
lisinopril.....	65	<b>M</b>	
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	71	M-M-R II.....	109
lithium.....	57	magnesium sulfate.....	84
lithium carbonate.....	57	malathion.....	82
lithium carbonate er.....	57	maraviroc.....	53
LIVTENCITY.....	50	marlissa.....	97
lo-zumandimine.....	96	MARPLAN.....	21
loestrin 1.5/30 (21).....	96	MATULANE.....	28
loestrin 1/20 (21).....	96	matzim la.....	69

MAVYRET	50,51	methylprednisolone acetate	91
MAXIDEX	119	methylprednisolone sodium succ	91
meclizine hcl	23	metoclopramide hcl	23
medpura alcohol pads	82	metolazone	73
medroxyprogesterone acetate	100	metoprolol succinate er	67
mefloquine hcl	44	metoprolol tartrate	67
megestrol acetate	100	metoprolol-hydrochlorothiazide	71
MEKINIST	37	metronidazole	8
MEKTOVI	37	metyrosine	71
meloxicam	2	micafungin sodium	25
memantine hcl	19	MICONAZOLE 3	25
memantine hcl er	20	microgestin 1.5/30	97
MENACTRA	109	microgestin 1/20	97
MENEST	97	microgestin fe 1.5/30	97
MENQUADFI	109	microgestin fe 1/20	97
MENVEO	109	midodrine hcl	64
meprobamate	56	mifepristone	102
mercaptapurine	30	MIGERGOT	26
meropenem	12	miglitol	58
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE	12	mili	97
mesalamine	110,111	minitran	75
mesalamine er	111	minocycline hcl	14
mesna	42	minoxidil	74
MESNEX	43	mirtazapine	20
metformin hcl	58	misoprostol	87
metformin hcl er	58	modafinil	126
methadone hcl	2	moexipril hcl	65
methazolamide	120	MOLINDONE HCL	46
methenamine hippurate	8	mometasone furoate	81
methergine	115	mondoxyne nl	14
methimazole	103	mono-lynyah	97
methocarbamol	126	montelukast sodium	121
METHOTREXATE SODIUM	107	morgidox	14
methotrexate sodium	107	morphine sulfate	4
methotrexate sodium (pf)	107	morphine sulfate (concentrate)	4
methoxsalen rapid	82	morphine sulfate er	3
methscopolamine bromide	86	MOUNJARO	59
methsuximide	16	MOVANTIK	86
methyl dopa	64	moxifloxacin hcl	13,118
METHYLDOPA-		MOXIFLOXACIN HCL	13
HYDROCHLOROTHIAZIDE	71	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY)	118
methylergonovine maleate	115	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL	13
methylphenidate hcl	76,77	MRESVIA	109
methylphenidate hcl er	77	MULTAQ	66
methylprednisolone	90	mupirocin	83

mycophenolate mofetil	107	NICOTROL NS	6
mycophenolate mofetil hcl	107	nifedipine	68
mycophenolate sodium	107	nifedipine er	68
mycophenolic acid	107	nifedipine er osmotic release	68
myorisan	79	nikki	97
MYRBETRIQ	89	nilutamide	29
<b>N</b>			
na sulfate-k sulfate-mg sulf	86	nimodipine	68
nabumetone	2	NINLARO	37
nadolol	67	nitazoxanide	44
nafcillin sodium	11	nitisinone	88
nafrinse	84	NITRO-BID	75
NAGLAZYME	88	nitrofurantoin macrocrystal	8
naloxone hcl	6	nitrofurantoin monohyd macro	8
naltrexone hcl	6	nitroglycerin	75
naproxen	2	NITROSTAT	75
naproxen dr	2	NIZATIDINE	87
naproxen sodium	2	nora-be	101
naratriptan hcl	27	norelgestromin-eth estradiol	97
NATACYN	118	norethin ace-eth estrad-fe	97
nateglinide	59	norethin-eth estradiol-fe	97
NAYZILAM	5	norethindrone	101
nebivolol hcl	67	norethindrone acet-ethinyl est	97
necon 0.5/35 (28)	97	norethindrone acetate	101
NEFAZODONE HCL	22	norethindrone-eth estradiol	97
neo-polycin	117	norgestim-eth estrad triphasic	98
neo-polycin hc	117	norgestimate-eth estradiol	98
neomycin sulfate	7	norlyda	101
neomycin-bacitracin zn-polymyx	117	norlyroc	101
neomycin-polymyxin-dexameth	117	NORMOSOL-M IN D5W	84
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN	117	nortrel 0.5/35 (28)	98
NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC	117	nortrel 1/35 (21)	98
neomycin-polymyxin-hc	120	nortrel 1/35 (28)	98
NERLYNX	37	nortrel 7/7/7	98
nevirapine	52	nortriptyline hcl	23
NEVIRAPINE	52	NORVIR	54
NEVIRAPINE ER	52	NovoFine 32G X 6 MM MISC	115
nevirapine er	52	NovoTwist 32G X 5 MM MISC	115
NEXPLANON	101	NUBEQA	29
NIACIN (ANTIHYPERTENSIVE)	74	NULYTELY LEMON-LIME	86
niacin er (antihyperlipidemic)	74	NULYTELY WITH FLAVOR PACKS	86
NIACOR	74	NUPLAZID	48
nicardipine hcl	68	NURTEC	26
NICOTROL	6	NUTRILIPID	115
		nylia 1/35	98
		nylia 7/7/7	98



NYMALIZE	68	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	59
nymyo	98		
nystatin	25		
nystatin-triamcinolone	82		
<b>O</b>			
ocella	98		
octreotide acetate	103		
OCTREOTIDE ACETATE	103		
ODEFSEY	52		
ODOMZO	37		
OFEV	124		
ofloxacin	118,121		
OGSIVEO	37		
OJEMDA	38		
OJJAARA	31		
olanzapine	48		
olmesartan medoxomil	65		
olmesartan medoxomil-hctz	71		
olmesartan-amlodipine-hctz	71		
omega-3-acid ethyl esters	74		
omeprazole	87,88		
OMNITROPE	87,92		
ondansetron	24		
ONDANSETRON HCL	24		
ondansetron hcl	24		
ONUREG	30		
OPSUMIT	124		
OPVEE	115		
oralone	78		
ORGOVYX	103		
ORSERDU	29		
orsythia	98		
oseltamivir phosphate	55		
OSPHENA	101		
OTEZLA	82,105		
oxaprozin	2		
oxcarbazepine	18		
oxybutynin chloride	89		
oxybutynin chloride er	89		
oxycodone hcl	4		
oxycodone-acetaminophen	4,5		
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN	5		
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	59		
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	59		
<b>P</b>			
pacerone	66		
paliperidone er	48		
PANRETIN	42		
pantoprazole sodium	88		
paricalcitol	112		
paroex	78		
paroxetine hcl	22		
paroxetine hcl er	22		
PAXLOVID (150/100)	55		
PAXLOVID (300/100)	56		
pazopanib hcl	38		
PEDIARIX	109		
PEDVAX HIB	109		
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	86		
peg-3350/electrolytes	87		
PEGASYS	106		
PEMAZYRE	38		
PEN NEEDLES	115		
PENBRAYA	115		
penicillamine	90		
penicillin g potassium	11		
PENICILLIN G SODIUM	11		
penicillin v potassium	11		
PENTACEL	109		
pentamidine isethionate	44		
pentoxifylline er	71		
perindopril erbumine	66		
perio gard	78		
permethrin	82		
perphenazine	23		
PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE	20		
PERSERIS	48		
PFIZERPEN	11		
phenelzine sulfate	21		
phenobarbital	16		
phenytek	18		
phenytoin	18		
phenytoin infatabs	18		
phenytoin sodium extended	18		
philith	98		
PIFELTRO	52		
pilocarpine hcl	78,120		

PIMOZIDE.....	46	prenatal vitamins.....	84
pimtrea.....	98	prevalite.....	74
pindolol.....	67	previfem.....	98
pioglitazone hcl.....	59	PREVYMIS.....	50
pioglitazone hcl-glimepiride.....	59	PREZCOBIX.....	54
pioglitazone hcl-metformin hcl.....	59	PREZISTA.....	54
piperacillin sod-tazobactam so.....	11	PRIFTIN.....	28
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	38	primaquine phosphate.....	44
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	38	primidone.....	16
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	38	PRIORIX.....	109
pirfenidone.....	124	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	115
PIRFENIDONE.....	124	probenecid.....	26
pirmella 1/35.....	98	prochlorperazine.....	23
pirmella 7/7/7.....	98	prochlorperazine maleate.....	23
piroxicam.....	2	procto-med hc.....	81
PLENVU.....	86	procto-pak.....	81
podofilox.....	82	proctosol hc.....	81
polycin.....	117	proctozone-hc.....	81
polymyxin b sulfate.....	8	progesterone.....	101
polymyxin b-trimethoprim.....	118	PROGRAF.....	107
POMALYST.....	29	PROLASTIN-C.....	89
portia-28.....	98	PROLIA.....	112
posaconazole.....	25	PROMACTA.....	63
potassium chloride.....	84	promethazine hcl.....	23,121
potassium chloride crys er.....	84	propafenone hcl.....	66
potassium chloride er.....	84	propranolol hcl.....	67
potassium chloride in dextrose.....	84	PROPRANOLOL HCL.....	67
potassium chloride in nacl.....	84	propranolol hcl er.....	67
potassium citrate er.....	84	PROPRANOLOL-HCTZ.....	71
pramipexole dihydrochloride.....	45	propylthiouracil.....	103
prasugrel hcl.....	64	PROQUAD.....	109
pravastatin sodium.....	73	protriptyline hcl.....	23
praziquantel.....	43	PULMICORT FLEXHALER.....	121
prazosin hcl.....	65	PULMOZYME.....	123
prednisolone.....	91	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	115
prednisolone acetate.....	119	PURIXAN.....	30
prednisolone sodium phosphate.....	91	pyrazinamide.....	28
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	119	pyridostigmine bromide.....	27
prednisone.....	91	pyridostigmine bromide er.....	27
PREDNISONE INTENSOL.....	91	pyrimethamine.....	44
pregabalin.....	77		
PREHEVBRIO.....	109	<b>Q</b>	
PREMARIN.....	98	qc alcohol.....	82
PREMASOL.....	84	QINLOCK.....	31
premium lidocaine.....	5	QUADRACEL.....	109

quetiapine fumarate .....	48
quetiapine fumarate er .....	48
quinapril hcl .....	66
quinapril-hydrochlorothiazide .....	71
quinidine sulfate .....	66
quinine sulfate .....	44

## R

ra isopropyl alcohol wipes .....	82
RABAVERT .....	109
rabeprazole sodium .....	88
raloxifene hcl .....	101
ramelteon .....	126
ramipril .....	66
ranolazine er .....	71
rasagiline mesylate .....	45
reclipsen .....	98
RECOMBIVAX HB .....	109
relafen .....	2
RELENZA DISKHALER .....	55
repaglinide .....	59
REPATHA .....	74
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM .....	74
REPATHA SURECLICK .....	74
RESTASIS .....	117
RESTASIS MULTIDOSE .....	117
RETACRIT .....	63
RETEVMO .....	38
REVLIMID .....	29
REXULTI .....	49
REYATAZ .....	54
REZLIDHIA .....	38
REZUROCK .....	105
RHOPRESSA .....	120
ribavirin .....	51
rifabutin .....	28
rifampin .....	28
riluzole .....	77
RIMANTADINE HCL .....	55
ringers .....	84
ringers irrigation .....	115
RINVOQ .....	105
RINVOQ LQ .....	105
risedronate sodium .....	112
risperidone .....	49

risperidone microspheres er .....	49
ritonavir .....	55
rivastigmine .....	19
rivastigmine tartrate .....	19
rizatriptan benzoate .....	27
ROCKLATAN .....	117
roflumilast .....	123
ropinirole hcl .....	45
ropinirole hcl er .....	45
rosadan .....	8
rosuvastatin calcium .....	73
ROTARIX .....	110
ROTATEQ .....	110
roweepra .....	15
roweepra xr .....	15
ROZLYTREK .....	38
RUBRACA .....	38
rufinamide .....	18
RUKOBIA .....	53
RYBELSUS .....	59
RYDAPT .....	38

## S

sajazir .....	104
SANDIMMUNE .....	107
SANTYL .....	82
sapropterin dihydrochloride .....	89
SCEMBLIX .....	39
scopolamine .....	24
SECUADO .....	49
SECURESAFE INSULIN SYRINGE .....	115
selegiline hcl .....	45
selenium sulfide .....	81
SELZENTRY .....	53
SEREVENT DISKUS .....	123
sertraline hcl .....	22
setlakin .....	98
sharobel .....	101
SHINGRIX .....	110
SIGNIFOR .....	103
sildenafil citrate .....	124
SILIGENTLE FOAM DRESSING .....	115
silodosin .....	90
silver sulfadiazine .....	82
SIMBRINZA .....	120

simliya	98	sulfasalazine	111
simpesse	98	sulindac	2
simvastatin	73	sumatriptan	27
sirolimus	108	sumatriptan succinate	27
SIRTURO	28	sumatriptan succinate refill	27
SKYRIZI	105	sunitinib malate	39
SKYRIZI (150 MG DOSE)	105	SUNLENCA	54
SKYRIZI PEN	105	SURE COMFORT PEN NEEDLES	115
SMOFLIPID	115	syeda	99
sodium chloride	84	SYMPAZAN	16
sodium chloride (pf)	84	SYMTUZA	55
sodium fluoride	84	SYNAREL	103
SODIUM OXYBATE	126	SYNJARDY	59
sodium phenylbutyrate	89	SYNJARDY XR	59
sodium polystyrene sulfonate	85	SYNRIBO	39
solifenacin succinate	89	SYNTHROID	102
SOLTAMOX	30		
SOMAVERT	103	<b>T</b>	
sorafenib tosylate	39	TABLOID	30
sorine	66	TABRECTA	39
sotalol hcl	66	tacrolimus	81,108
sotalol hcl (af)	66	tadalafil	90
SPIRIVA RESPIMAT	122	tadalafil (pah)	124
spironolactone	72	TAFINLAR	39
spironolactone-hctz	71	TAGRISSO	39
sprintec 28	99	TALZENNA	40
SPRITAM	15	tamoxifen citrate	30
SPRYCEL	39	tamsulosin hcl	90
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF)	85	tarina fe 1/20	99
sronyx	99	tarina fe 1/20 eq	99
ssd	82	TASIGNA	40
stavudine	53	tasimelteon	126
STELARA	105	tazarotene	79
sterile water for irrigation	115	TAZICEF	10
STIOLTO RESPIMAT	125	TAZORAC	79
STIVARGA	39	taztia xt	69
STREPTOMYCIN SULFATE	7	TAZVERIK	40
STRIBILD	51	TDVAX	110
subvenite	15	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	115
sucrafate	87	TEFLARO	10
sulfacetamide sodium	118	telmisartan	65
sulfacetamide sodium (acne)	79	telmisartan-amlodipine	71
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE	117	telmisartan-hctz	72
sulfadiazine	13	temazepam	126
sulfamethoxazole-trimethoprim	13	TEMIXYS	53

TENIVAC.....	110	tramadol hcl er.....	3
tenofovir disoproxil fumarate.....	53	tramadol-acetaminophen.....	5
TEPMETKO.....	40	trandolapril.....	66
terazosin hcl.....	65	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	72
terbinafine hcl.....	25	tranexamic acid.....	64
terconazole.....	25	tranylcypromine sulfate.....	21
teriflunomide.....	78	travoprost (bak free).....	120
TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	112	trazodone hcl.....	22
testosterone.....	92	TRECATOR.....	28
testosterone cypionate.....	92	TRELEGY ELLIPTA.....	125
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	92	TRELSTAR MIXJECT.....	103
tetrabenazine.....	77	TRESIBA.....	61
tetracycline hcl.....	14	TRESIBA FLEXTOUCH.....	61
THALOMID.....	30	tretinoin.....	42,79
theophylline er.....	123	TREXALL.....	108
thioridazine hcl.....	46	tri femynor.....	99
thiotepa.....	28	tri-estarylla.....	99
thiothixene.....	46	tri-linyuh.....	99
tiadylt er.....	69	tri-mili.....	99
tiagabine hcl.....	17	tri-nymyo.....	99
TIBSOVO.....	40	tri-previfem.....	99
TICOVAC.....	110	tri-sprintec.....	99
tigecycline.....	8	tri-vylibra.....	99
timolol maleate.....	67,119	triamcinolone acetonide.....	78,81
tinidazole.....	8	triamterene-hctz.....	72
tiotropium bromide monohydrate.....	122	triazolam.....	126
tis-u-sol.....	115	triderm.....	81
TIVICAY.....	51	trientine hcl.....	85
TIVICAY PD.....	51	TRIENTINE HCL.....	85
tizanidine hcl.....	50	trifluoperazine hcl.....	46
tobramycin.....	118,123	TRIFLURIDINE.....	118
tobramycin sulfate.....	7	trihexyphenidyl hcl.....	44
tobramycin-dexamethasone.....	118	TRIKAFTA.....	123
TOLAK.....	82	trilyte.....	86
tolterodine tartrate.....	89	trimethoprim.....	8
tolterodine tartrate er.....	89	trimipramine maleate.....	23
topiramate.....	15	TRINTELLIX.....	22
toremifene citrate.....	30	TRIUMEQ.....	53
toremide.....	72	TRIUMEQ PD.....	53
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	61	trivora (28).....	99
TOUJEO SOLOSTAR.....	61	TRIZIVIR.....	53
TPN ELECTROLYTES.....	85	trospium chloride.....	89
TRACLEER.....	124	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE.....	116
TRADJENTA.....	59	TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	116
tramadol hcl.....	5	TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES.....	116

TRULICITY.....	59	VENCLEXTA STARTING PACK.....	41
TRUMENBA.....	110	venlafaxine hcl.....	22
TRUQAP.....	40	venlafaxine hcl er.....	22
TUKYSA.....	40	VEOZAH.....	77
tulana.....	101	verapamil hcl.....	69
TURALIO.....	40	VERAPAMIL HCL ER.....	69
turqoz.....	99	verapamil hcl er.....	69
TWINRIX.....	110	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	116
TYBOST.....	54	VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	116
TYMLOS.....	112	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	116
TYPHIM VI.....	110	VERQUVO.....	72
<b>U</b>		VERSACLOZ.....	49
UBRELVY.....	26	VERZENIO.....	41
UKONIQ.....	40	vestura.....	99
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE.....	116	vienva.....	99
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.....	116	vigabatrin.....	17
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE.....	116	vigadrone.....	17
unithroid.....	102	VIGAFYDE.....	17
ursodiol.....	87	vigpoder.....	17
<b>V</b>		vilazodone hcl.....	22
valacyclovir hcl.....	55	viorele.....	99
VALCHLOR.....	82	VIRACEPT.....	55
valganciclovir hcl.....	50	VIREAD.....	53
valproate sodium.....	15	VITRAKVI.....	41
valproic acid.....	15	VIZIMPRO.....	41
valsartan.....	65	volnea.....	99
valsartan-hydrochlorothiazide.....	72	VONJO.....	43
VALTOCO 10 MG DOSE.....	17	voriconazole.....	26
VALTOCO 15 MG DOSE.....	17	VOWST.....	116
VALTOCO 20 MG DOSE.....	17	VRAYLAR.....	49
VALTOCO 5 MG DOSE.....	17	vyfemla.....	99
vanadom.....	126	vylibra.....	99
vancomycin hcl.....	9	VYZULTA.....	120
VANDAZOLE.....	9	<b>W</b>	
VANFLYTA.....	40	warfarin sodium.....	62
VAQTA.....	110	WELIREG.....	31
varenicline tartrate.....	6	wera.....	100
varenicline tartrate (starter).....	6	wixela inhub.....	125
varenicline tartrate(continue).....	6	wymzya fe.....	100
VARIVAX.....	110	<b>X</b>	
VAXCHORA.....	110	XALKORI.....	41
VELIVET.....	99	XARELTO.....	62
VENCLEXTA.....	40,41	XARELTO STARTER PACK.....	63

XATMEP.....	108	zolmitriptan.....	27
XCOPRI.....	16,18	zolpidem tartrate.....	126
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	18	zolpidem tartrate er.....	126
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	18	ZONISADE.....	19
XDEMVY.....	118	zonisamide.....	19
XELJANZ.....	105	zovia 1/35 (28).....	100
XELJANZ XR.....	105	zovia 1/35e (28).....	100
XERMELO.....	86	ZTALMY.....	17
XGEVA.....	112	zumandimine.....	100
XIFAXAN.....	9	ZURZUVAE.....	20,21
XIGDUO XR.....	59,60	ZYDELIG.....	42
XIIDRA.....	118	ZYKADIA.....	42
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	55	ZYLET.....	118
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	55	ZYPREXA RELPREVV.....	49
XOLAIR.....	105,106		
XOSPATA.....	41		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	41		
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	41		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	41		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	42		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	42		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	42		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	42		
XTANDI.....	29		
xulane.....	100		
<b>Y</b>			
YF-VAX.....	110		
yuvafem.....	100		
<b>Z</b>			
zafemy.....	100		
zafirlukast.....	122		
zaleplon.....	126		
zarah.....	100		
ZARXIO.....	63		
ZEJULA.....	42		
ZELBORAF.....	42		
zenatane.....	79		
zidovudine.....	53		
ziprasidone hcl.....	49		
ziprasidone mesylate.....	49		
ZIRGAN.....	118		
zoledronic acid.....	112		
ZOLINZA.....	31		

# 의학적 상태별 약품 목록

ANALGESICS	1
ANESTHETICS	5
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS	5
ANTIBACTERIALS	7
ANTICONVULSANTS	14
ANTIDEMENTIA AGENTS	19
ANTIDEPRESSANTS	20
ANTIEMETICS	23
ANTIFUNGALS	24
ANTIGOUT AGENTS	26
ANTIMIGRAINE AGENTS	26
ANTIMYASTHENIC AGENTS	27
ANTIMYCOBACTERIALS	28
ANTINEOPLASTICS	28
ANTIPARASITICS	43
ANTIPARKINSON AGENTS	44
ANTIPSYCHOTICS	45
ANTISPASTICITY AGENTS	50
ANTIVIRALS	50
ANXIOLYTICS	56
BIPOLAR AGENTS	57
BLOOD GLUCOSE REGULATORS	57
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS	61
CARDIOVASCULAR AGENTS	64
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS	75
DENTAL AND ORAL AGENTS	78
DERMATOLOGICAL AGENTS	79
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS	83
GASTROINTESTINAL AGENTS	85
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT	88
GENITOURINARY AGENTS	89
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL)	90
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY)	91
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS)	92
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID)	101
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)	102
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID)	103
IMMUNOLOGICAL AGENTS	103



INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS .....	110
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS .....	111
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS .....	112
OPHTHALMIC AGENTS .....	117
OTIC AGENTS .....	120
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS .....	121
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS .....	125
SLEEP DISORDER AGENTS .....	126

## 차별 금지 안내

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

Blue Shield of California는 다음을 제공합니다:

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

이러한 서비스가 필요하시면, ID 카드 뒷면에 있는 번호를 이용하여 Blue Shield of California 고객 서비스 부서에 연락해 주십시오.

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

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator

P.O. Box 5588, El Dorado Hills, CA 95762-0011

전화: (844) 831-4133 (TTY: 711)

팩스: (844) 696-6070

이메일: [BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com](mailto:BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com)

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

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

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201

전화: 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD)

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

**Multi-Language Insert**  
**Multi-Language Interpreter Services**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Navajo** Dít ats'ííis baa áháyá'éeí doodago azee' bee aa áháyá' bína'ídíílkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-452-4413 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Dít t'áá jíík'eh bee aná'áwo.

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

**Khmer** យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់

សេវាកម្មនេះឥតគិតថ្លៃទេ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។  
សេវាកម្មនេះឥតគិតថ្លៃទេ។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។

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

**Lao** ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

**Armenian** Մեզ վրա հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր առողջապահական կառուցվածքի և քիմիկատի քիմիկատի հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ծառայությունը համար 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցերին իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

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

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



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

### 简体中文标语 (Chinese)

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

### हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

### Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-800-452-4413** (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev

pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-800-452-4413** (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語表記 (Japanese)

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

へお電話ください。

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

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

## 한국어 태그라인 (Korean)

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

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ:

ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-800-452-4413**

(TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ 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.

## ພາສາມຼ່ຽມຊາກສາໄຊ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: ເບີអູ້ກ ຫຼື ການຊ່ວຍ ຈາກສາ ກບສູ່ກ ສູບ ອູນສ໌ຕູເຈາເລຂ



**1-800-452-4413** (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់  
ជនពិការ ដូចជា ឯកសារសរសេរជាអក្សរធុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក  
ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។  
ទូរស័ព្ទមកលេខ **1-800-452-4413** (TTY:711)។  
សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))**

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

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

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

**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру

**1-800-452-4413** (линия ТТУ: **1-800-452-4413**). 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 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 serbisyong ito.

### **เท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข

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

ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ

ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่

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

ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер

**1-800-452-4413** (TTY: 711). Люди з обмеженими

можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом.

Телефонуйте на номер **1-800-452-4413** (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-800-452-4413**

(TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như

tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng

**gọi số 1-800-452-4413**

(TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

A56419DSN\_0724 H2819\_24\_452B\_C Approved 08052024

이 처방집은 10/01/2024 에 업데이트되었습니다. 최신 정보를 원하거나 기타 질문이 있는 경우, (800) 452-4413 (TTY: 711) 번으로 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시 사이에 저희에게 연락하시거나 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문해 주십시오.

---

질문이 있는 경우 (800) 452-4413 (TTY: 711) 번으로 Blue Shield TotalDual Plan 에 전화하십시오. 주 7 일, 오전 8 시부터 오후 8 시까지 운영됩니다. 이 전화는 무료입니다. 자세한 정보를 원하시면 [blueshieldca.com/medformulary2025](https://blueshieldca.com/medformulary2025) 를 방문하십시오.



10/01/2024