

# 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 13

이 처방집은 03/19/2025 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- 03/25

---

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.....	130

---

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. 130

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 (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	Tier 2	

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

## ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	Tier 1	
<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

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>methadone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 4	PA, QL (900 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er (100 mg tab er, 200 mg tab er, 60 mg tab er)</i>	Tier 4	QL (60 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 15 mg tab er</i>	Tier 4	QL (180 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate er 30 mg tab er</i>	Tier 4	QL (90 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>tramadol hcl er (100 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS), NDS
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen-codeine (120-12 mg/5ml solution, 300-30 mg/12.5ml solution)</i>	Tier 2	QL (1800 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>acetaminophen-codeine (300-15 mg tab, 300-30 mg tab)</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS), NDS
<i>acetaminophen-codeine 300-60 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>butorphanol tartrate 10 mg/ml solution</i>	Tier 3	QL (15 PER 28 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 15 MG TAB	Tier 4	QL (336 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>codeine sulfate 30 mg tab</i>	Tier 4	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
CODEINE SULFATE 60 MG TAB	Tier 4	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>endocet 7.5-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (112 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (10-325 mg tab, 7.5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydrocodone-acetaminophen (2.5-108 mg/5ml solution, 5-217 mg/10ml solution, 7.5-325 mg/15ml solution)</i>	Tier 4	QL (2520 PER 30 OVER TIME), NDS

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 (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS), NDS
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab</i>	Tier 3	QL (154 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>hydromorphone hcl 8 mg tab</i>	Tier 3	QL (42 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate (concentrate) (100 mg/5ml solution, 20 mg/ml solution)</i>	Tier 3	QL (70 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 10 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (630 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>morphine sulfate 20 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (315 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	Tier 3	QL (56 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 10 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 100 mg/5ml conc</i>	Tier 4	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 20 mg tab</i>	Tier 3	QL (120 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg tab</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone hcl 5 mg/5ml solution</i>	Tier 3	QL (840 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab)</i>	Tier 3	QL (168 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg tab</i>	Tier 3	QL (84 PER 30 OVER TIME), NDS
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

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

## ANALGESICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>tramadol hcl 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	
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)

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

## ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS

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

## 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)

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>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 NAACL (300-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 600-0.9 MG/50ML-% SOLUTION, 900-0.9 MG/50ML-% SOLUTION)	Tier 4	
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	Tier 4	
<i>daptomycin (350 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 5	

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>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	
<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	

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
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	
<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	

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>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	
<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	

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
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	
<i>pfizerpen (20000000 unit recon soln, 5000000 unit recon soln)</i>	Tier 4	
<i>piperacillin sod-tazobactam so (13.5 (12-1.5) gm recon ln, 2.25 (2- 0.25) gm recon ln, 3-0.375 gm recon ln, 3.375 (3-0.375) gm recon ln, 4-0.5 gm recon ln, 4.5 (4-0.5) gm recon ln, 40.5 (36-4.5) gm recon ln)</i>	Tier 4	
CARBAPENEMS		
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	Tier 3	
<i>imipenem-cilastatin (250 mg recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
<i>meropenem (1 gm recon soln, 500 mg recon soln)</i>	Tier 4	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE (1 GM/50ML RECON SOLN, 500 MG/50ML RECON SOLN)	Tier 4	

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
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)
<i>e.e.s. 400 400 mg tab</i>	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	
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	

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>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	
<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	

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>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	
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)

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>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>rowepra 500 mg tab</i>	Tier 2	
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	
TOPIRAMATE 50 MG CAP SPRINK	Tier 2	QL (8 PER 1 DAYS)
<i>valproate sodium (100 mg/ml solution, 500 mg/5ml solution)</i>	Tier 4	
<i>valproic acid (250 mg cap, 250 mg/5ml solution, 500 mg/10ml solution)</i>	Tier 2	
XCOPRI (100 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
CALCIUM CHANNEL MODIFYING AGENTS		
<i>ethosuximide (250 mg cap, 250 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	Tier 3	

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

## ANTICONVULSANTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
GAMMA-AMINOBTYRIC 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
<i>tiagabine hcl (12 mg tab, 16 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	Tier 4	
VALTOCO 10 MG DOSE 10 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
VALTOCO 20 MG DOSE 2 X 10 MG/0.1ML LIQD THPK	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)

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
VALTOCO 5 MG DOSE 5 MG/0.1ML LIQUID	Tier 5	QL (10 PER 30 DAYS)
<i>vigabatrin (500 mg packet, 500 mg tab)</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>vigadrone 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (750 ML PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<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	
<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)

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>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 X200 MG TAB THPK, 14 X 50 MG & 14 X100 MG TAB THPK)	Tier 5	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 MG TAB THPK	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XCOPRI 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG TAB THPK	Tier 4	QL (28 PER 28 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	Tier 4	
<i>zonisamide (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 2	

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

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
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
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	

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>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)
<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)

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>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
<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	

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

## ANTIDEPRESSANTS

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

## ANTIEMETICS

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

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>granisetron hcl 1 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 4 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron 8 mg tab disp</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
ONDANSETRON HCL 24 MG TAB	Tier 2	QL (15 PER 30 OVER TIME), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg tab</i>	Tier 2	QL (6 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	Tier 4	QL (30 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>ondansetron hcl 8 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS), PA - PART B VS D DETERMINATION

## ANTIFUNGALS

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

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>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>ketoconazole (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	
<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	

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

## ANTIGOUT AGENTS

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

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
<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	

## 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	

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
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
ANTIANDROGENS		
<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>abiraterone acetate 500 mg tab</i>	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>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
FLUTAMIDE 125 MG CAP	Tier 3	
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS)
NUBEQA 300 MG TAB	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 345 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ORSERDU 86 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 40 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
XTANDI 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XTANDI 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ANTIANGIOGENIC AGENTS		
<i>lenalidomide (10 mg cap, 15 mg cap, 2.5 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVLIMID (10 MG CAP, 15 MG CAP, 2.5 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP, 5 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (100 MG CAP, 50 MG CAP)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
THALOMID (150 MG CAP, 200 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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 2000 mg/100ml suspension</i>	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	Tier 2	
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	QL (14 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	Tier 5	LA, 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
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
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

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

## ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
WELIREG 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (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	
ENZYME INHIBITORS		
LAZCLUZE 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
LAZCLUZE 80 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
MOLECULAR TARGET INHIBITORS		
ALECENSA 150 MG CAP	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG (180 MG TAB, 90 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 30 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (30 PER 30 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
AYVAKIT (100 MG TAB, 200 MG TAB, 25 MG TAB, 300 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 3 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
BALVERSA 4 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
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
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

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
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
<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

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
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 TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB, 75 MG CAP, 75 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
IBRANCE 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (21 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 1 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INLYTA 5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
INREBIC 100 MG CAP	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
ITOVEBI 3 MG TAB	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ITOVEBI 9 MG TAB	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
JAKAFI (10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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
REVUFORJ 110 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REVUFORJ 160 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
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

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

## ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ROZLYTREK 50 MG PACKET	Tier 5	QL (12 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RYDAPT 25 MG CAP	Tier 5	QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 20 MG TAB	Tier 5	QL (20 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SCEMBLIX 40 MG TAB	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
STIVARGA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate (37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	Tier 5	QL (7 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>sunitinib malate 25 mg cap</i>	Tier 5	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLN	Tier 5	PA - PART B VS D DETERMINATION
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	Tier 5	QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	Tier 5	LA, QL (30 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TAGRISSE (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, 160 MG TAB THPK, 200 MG TAB, 200 MG TAB THPK)	Tier 5	LA, QL (64 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TUKYSA (150 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TURALIO 125 MG CAP	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 17.7 MG TAB	Tier 5	LA, QL (28 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VANFLYTA 26.5 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 10 MG TAB	Tier 3	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 100 MG TAB	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VENCLEXTA 50 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

## ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (84 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VERZENIO (200 MG TAB, 50 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 100 MG CAP	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	Tier 5	LA, QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VITRAKVI 25 MG CAP	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 10 MG TAB	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
VORANIGO 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 200 MG CAP, 250 MG CAP, 50 MG CAP SPRINK)	Tier 5	LA, QL (4 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	Tier 5	LA, QL (6 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XOSPATA 40 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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

## ANTINEOPLASTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 60 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (4 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (24 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (8 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 MG TAB THPK	Tier 5	LA, QL (32 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZELBORAF 240 MG TAB	Tier 5	LA, QL (8 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	Tier 5	LA, QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
ZYKADIA 150 MG TAB	Tier 5	LA, QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
RETINOIDS		
<i>bexarotene 1 % gel</i>	Tier 5	QL (60 PER 30 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	Tier 5	QL (10 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PANRETIN 0.1 % GEL	Tier 5	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	Tier 5	

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

## ANTINEOPLASTICS

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

## ANTIPARASITICS

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

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>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)
<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 3	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)

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
<b>DOPAMINE AGONISTS</b>		
<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	
<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)
<b>DOPAMINE PRECURSORS AND/OR L-AMINO ACID DECARBOXYLASE INHIBITORS</b>		
<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	
<b>MONOAMINE OXIDASE B (MAO-B) INHIBITORS</b>		
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	Tier 2	

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

## ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
1ST GENERATION/TYPICAL		
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 100 mg tab, 100 mg/ml conc, 200 mg tab, 25 mg tab, 25 mg/ml solution, 30 mg/ml conc, 50 mg tab, 50 mg/2ml solution)</i>	Tier 4	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	Tier 4	
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

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

## ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 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)
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

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 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
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	

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

## ANTIPSYCHOTICS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>quetiapine fumarate er (150 mg tab er 24h, 200 mg tab er 24h, 300 mg tab er 24h, 400 mg tab er 24h, 50 mg tab er 24h)</i>	Tier 4	
REXULTI (0.25 MG TAB, 1 MG TAB)	Tier 5	QL (1 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
REXULTI (0.5 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
ANTIPSYCHOTICS, OTHER		
COBENFY (100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP, 50-20 MG CAP)	Tier 5	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

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
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	Tier 5	QL (112 PER 365 OVER TIME), PA - FOR NEW STARTS ONLY
TREATMENT-RESISTANT		
<i>clozapine (100 mg tab disp, 12.5 mg tab disp, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp, 25 mg tab disp)</i>	Tier 4	
<i>clozapine (100 mg tab, 200 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	Tier 5	QL (18 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY

## 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 (120 MG PACKET, 20 MG PACKET)	Tier 5	QL (4 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
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)
BARACLUDGE 0.05 MG/ML SOLUTION	Tier 5	QL (21 PER 1 DAYS)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
EPIVIR HBV 5 MG/ML SOLUTION	Tier 3	
<i>lamivudine 100 mg tab</i>	Tier 3	
ANTI-HEPATITIS C (HCV) AGENTS		
MAVYRET 100-40 MG TAB	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	Tier 5	PA, QL (6 PER 1 DAYS)
<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)

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
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)
<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)

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>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)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg tab</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
STAVUDINE (15 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP, 40 MG CAP)	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
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)

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>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)
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)

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>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)
<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	

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

## ANTIVIRALS

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

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>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)
<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)

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

## 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	
<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)

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
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)
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)

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>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 (1.5 MG TAB, 4 MG TAB, 9 MG TAB)	Tier 3	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
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)
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)
<i>glucagon emergency 1 mg kit</i>	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG/ML RECON SOLN	Tier 3	QL (2 PER 2 OVER TIME)

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
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	
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	

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
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)
<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)

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>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)
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

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

## BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ARANESP (ALBUMIN FREE) 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA
NYVEPRIA 6 MG/0.6ML 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
UDENYCA (6 MG/0.6ML SOLN A-INJ, 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
HEMOSTASIS AGENTS		
<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
PLATELET MODIFYING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap er 12h</i>	Tier 4	
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	

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>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	
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	

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
<b>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS</b>		
<i>candesartan cilexetil (16 mg tab, 32 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>irbesartan (150 mg tab, 300 mg tab, 75 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>losartan potassium (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan medoxomil (20 mg tab, 40 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>valsartan (160 mg tab, 320 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
<b>ANGIOTENSIN-CONVERTING ENZYME (ACE) INHIBITORS</b>		
<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	
<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	

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
<b>ANTIARRHYTHMICS</b>		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiodarone hcl 200 mg tab</i>	Tier 2	
<i>digitek (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digox (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	Tier 4	
<i>flecainide acetate (100 mg tab, 150 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	Tier 2	
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	
<b>BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>		
<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	

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>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	
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	

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>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	
<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	

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>taztia xt (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>tiadylt er (120 mg cap er 24h, 180 mg cap er 24h, 240 mg cap er 24h, 300 mg cap er 24h, 360 mg cap er 24h, 420 mg cap er 24h)</i>	Tier 2	
<i>verapamil hcl (120 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	Tier 1	
VERAPAMIL HCL ER (100 MG CAP ER 24H, 200 MG CAP ER 24H, 300 MG CAP ER 24H, 360 MG CAP ER 24H)	Tier 4	
<i>verapamil hcl er (120 mg cap er 24h, 120 mg tab er, 180 mg cap er 24h, 180 mg tab er, 240 mg cap er 24h, 240 mg tab er)</i>	Tier 2	
CARDIOVASCULAR AGENTS, OTHER		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>aliskiren fumarate (150 mg tab, 300 mg tab)</i>	Tier 4	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg tab</i>	Tier 2	
<i>amlodipine besy-benazepril hcl (10-20 mg cap, 10-40 mg cap, 2.5-10 mg cap, 5-10 mg cap, 5-20 mg cap, 5-40 mg cap)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine besylate-valsartan (10-160 mg tab, 10-320 mg tab, 5-160 mg tab, 5-320 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>amlodipine-atorvastatin (10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab, 2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab)</i>	Tier 3	
<i>amlodipine-olmesartan (10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab)</i>	Tier 1	

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-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	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide (150-12.5 mg tab, 300-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>isosorb dinitrate-hydralazine 20-37.5 mg tab</i>	Tier 4	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	

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>losartan potassium-hctz (100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab, 50-12.5 mg tab)</i>	Tier 1	
METHYLDOPA-HYDROCHLOROTHIAZIDE (250-15 MG TAB, 250-25 MG TAB)	Tier 3	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (100-25 mg tab, 100-50 mg tab, 50-25 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	Tier 5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab er</i>	Tier 2	
PROPRANOLOL-HCTZ (40-25 MG TAB, 80-25 MG TAB)	Tier 2	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>ranolazine er (1000 mg tab er 12h, 500 mg tab er 12h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	Tier 2	
<i>telmisartan-amlodipine (40-10 mg tab, 40-5 mg tab, 80-10 mg tab, 80-5 mg tab)</i>	Tier 1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	Tier 1	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (1-240 MG TAB ER, 2-180 MG TAB ER, 2-240 MG TAB ER, 4-240 MG TAB ER)	Tier 1	
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	Tier 1	

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> (160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab, 80-12.5 mg tab)	Tier 1	
VERQUVO (10 MG TAB, 2.5 MG TAB, 5 MG TAB)	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
DIURETICS, LOOP		
<i>bumetanide</i> (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)	Tier 2	
<i>bumetanide</i> 0.25 mg/ml solution	Tier 4	
<i>furosemide</i> (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)	Tier 1	
<i>furosemide</i> 10 mg/ml solution	Tier 4	
FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	Tier 2	
<i>toremide</i> (10 mg tab, 100 mg tab, 20 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DIURETICS, POTASSIUM-SPARING		
<i>amiloride hcl</i> 5 mg tab	Tier 2	
<i>eplerenone</i> (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 3	
<i>spironolactone</i> (100 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
DIURETICS, THIAZIDE		
<i>chlorthalidone</i> (25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 2	
<i>hydrochlorothiazide</i> (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)	Tier 1	
<i>indapamide</i> (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)	Tier 2	
<i>metolazone</i> (10 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab)	Tier 2	
DYSLIPIDEMICS, FIBRIC ACID DERIVATIVES		
<i>fenofibrate</i> (134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap, 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap)	Tier 2	

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

## CARDIOVASCULAR AGENTS

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

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>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 (ANTHYPERLIPIDEMIC) 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	
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	

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>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	Tier 3	
<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-dextroamphetamine (10 mg cap er 24h, 15 mg cap er 24h, 20 mg cap er 24h, 25 mg cap er 24h, 30 mg cap er 24h, 5 mg cap er 24h)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine (10 mg tab, 15 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	Tier 2	QL (4 PER 1 DAYS)
<i>amphetamine-dextroamphetamine 12.5 mg tab</i>	Tier 2	QL (5 PER 1 DAYS)
<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)

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

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>dextroamphetamine sulfate 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)
<i>methylphenidate hcl 20 mg tab</i>	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl 5 mg tab</i>	Tier 2	QL (12 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab er</i>	Tier 3	QL (6 PER 1 DAYS)
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab er</i>	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)

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

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
CENTRAL NERVOUS SYSTEM, OTHER		
<i>bac (butalbital-acetamin-caff)</i> 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>butalbital-apap-caffeine</i> 50-325-40 mg tab	Tier 3	PA, QL (48 PER 30 OVER TIME), NDS
<i>riluzole</i> 50 mg tab	Tier 3	
<i>tetrabenazine</i> 12.5 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (8 PER 1 DAYS)
<i>tetrabenazine</i> 25 mg tab	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
VEOZAH 45 MG TAB	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
FIBROMYALGIA AGENTS		
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 30 MG CAP DR	Tier 4	QL (3 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 40 MG CAP DR	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
DRIZALMA SPRINKLE 60 MG CAP DR	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>duloxetine hcl</i> (20 mg cp dr part, 60 mg cp dr part)	Tier 2	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl</i> 30 mg cp dr part	Tier 2	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>duloxetine hcl</i> 40 mg cp dr part	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin</i> (100 mg cap, 150 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)	Tier 3	QL (3 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin</i> (200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)	Tier 3	QL (2 PER 1 DAYS)
<i>pregabalin</i> 20 mg/ml solution	Tier 3	QL (30 PER 1 DAYS)
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BETASERON 0.3 MG KIT	Tier 5	PA, QL (15 PER 30 DAYS)
<i>dalfampridine er</i> 10 mg tab er 12h	Tier 3	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>dimethyl fumarate</i> (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)

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

## CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>dimethyl fumarate 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>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	
<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	
<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	
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	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	

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

**ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS**

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<i>klor-con m20 20 meq tab er</i>	Tier 2	
<i>lactated ringers solution</i>	Tier 4	
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	Tier 4	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	Tier 2	
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 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	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	Tier 2	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	Tier 3	
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	Tier 5	LA, PA - PART B VS D DETERMINATION
PROLASTIN-C 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)

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>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	Tier 4	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>finasteride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	Tier 3	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 2.5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	Tier 4	PA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	Tier 1	
GENITOURINARY AGENTS, OTHER		
<i>bethanechol chloride (10 mg tab, 25 mg tab, 5 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	Tier 5	PA

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

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

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>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	
<i>emoquette 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>enpresse-28 50-30/75-40/125-30 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>enskyce 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	Tier 3	QL (16 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch wk, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	Tier 3	QL (8 PER 28 DAYS)
<i>estradiol (0.1 mg/gm cream, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	Tier 2	
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<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)

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>ethynodiol diac-eth estradiol (1-35 mg-mcg tab, 1-50 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>falmina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>femynor 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>fyavolv (0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab)</i>	Tier 4	
<i>hailey 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>hailey fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	Tier 3	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
<i>isibloom 0.15-30 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>jaimiess 0.15-0.03 &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	
<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	

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>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	
<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	

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>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>minzoya 0.1-20 mg-mcg(21) tab</i>	Tier 3	
<i>mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>nikki 3-0.02 mg tab</i>	Tier 3	
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (1-20 mg-mcg tab, 1.5-30 mg-mcg tab)</i>	Tier 3	
<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	
<i>valtya 1/50 1-50 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	

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>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wera 0.5-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>wymzya fe 0.4-35 mg-mcg chew tab</i>	Tier 3	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zafemy 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	Tier 3	
<i>zumandimine 3-0.03 mg tab</i>	Tier 3	
PROGESTINS		
<i>camila 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>deblitane 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	Tier 3	
<i>emzahh 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>errin 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	Tier 2	
<i>heather 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>incassia 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
<i>jencycla 0.35 mg tab</i>	Tier 3	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	Tier 3	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	

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>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
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	

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>levothyroxine sodium (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 300 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 1	
<i>levoxyl (100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab)</i>	Tier 3	
<i>liothyronine sodium (25 mcg tab, 5 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	Tier 2	
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	

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

## HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY)

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

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

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

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

## IMMUNOLOGICAL AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
DUPIXENT (100 MG/0.67ML SOLN PRSYR, 200 MG/1.14ML SOLN A-INJ, 200 MG/1.14ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	Tier 5	PA
OTEZLA (10 & 20 & 30 MG TAB THPK, 4 X 10 & 51 X20 MG TAB THPK)	Tier 5	PA, QL (55 PER 28 OVER TIME)
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)

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 (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)
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 100 MCG/0.5ML SOLUTION	Tier 5	LA, PA - FOR NEW STARTS ONLY
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	Tier 5	LA, QL (2 PER 28 DAYS), PA - FOR NEW STARTS ONLY
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	Tier 5	PA, QL (2 PER 30 DAYS)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	Tier 5	PA, QL (4 PER 30 DAYS)
IMMUNOSUPPRESSANTS		
<i>azathioprine 50 mg tab</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
AZATHIOPRINE SODIUM 100 MG RECON SOLN	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>cyclosporine (100 mg cap, 25 mg cap, 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)

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
ENVARBUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	Tier 4	PA - FOR NEW STARTS ONLY
<i>everolimus (0.25 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, 250 MG/10ML SOLUTION, 50 MG/2ML SOLUTION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>methotrexate sodium (pf) (1 gm/40ml solution, 1000 mg/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

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
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
SIMLANDI (1 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (1 SYRINGE) 80 MG/0.8ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 PEN) 40 MG/0.4ML AUT-IJ KIT	Tier 5	PA, QL (4 EA PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 20 MG/0.2ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (2 PER 28 DAYS)
SIMLANDI (2 SYRINGE) 40 MG/0.4ML PREF SY KT	Tier 5	PA, QL (4 PER 28 DAYS)
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 1 mg/ml solution, 2 mg tab)</i>	Tier 4	PA - PART B VS D DETERMINATION
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION
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	

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
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
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	
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	

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
PRIORIX RECON SUSP	Tier 3	VAC
PROQUAD RECON SUSP	Tier 3	
QUADRACEL (0.5 ML SUSP PRSYR, SUSPENSION)	Tier 3	
RABAVERT RECON SUSP	Tier 3	VAC
RECOMBIVAX HB (10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION, 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION)	Tier 3	PA - PART B VS D DETERMINATION, VAC
ROTARIX (RECON SUSP, SUSPENSION)	Tier 3	
ROTATEQ SOLUTION	Tier 3	
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	Tier 3	QL (2 PER 365 OVER TIME), VAC
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
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	Tier 4	

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
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)
<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	

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>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
<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

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
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
ALCOHOL 70% PADS	Tier 2	
ALCOHOL PREP PAD	Tier 2	
ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABS 70 % PAD	Tier 2	
ALCOHOL SWABSTICK PAD	Tier 2	
AQ INSULIN SYRINGE (29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
AQINJECT PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<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	

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
BIOGUARD GAUZE SPONGES 2"X2" PAD	Tier 2	
CARETOUCH ALCOHOL PREP 70 % PAD	Tier 2	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (X 15/64" 0.3 ML MISC, X 15/64" 0.5 ML MISC, X 15/64" 1 ML MISC)	Tier 3	
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES (30G X 8 MM MISC, 31G X 4 MM MISC, 31G X 5 MM MISC)	Tier 3	
CVS ALCOHOL PREP PADS 70 % PAD	Tier 2	
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	
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 30G X 5 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA INSULIN SYRINGE U- 100 (27G X 5/8" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	

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



## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F (30G X 1/2" 0.3 ML MISC, 30G X 1/2" 0.5 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 31G X 15/64" 0.3 ML MISC, 31G X 15/64" 0.5 ML MISC, 31G X 15/64" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.3 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
EMBECTA PEN NEEDLE U/F (29G X 12.7MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
EMBRACE PEN NEEDLES (29G X 12MM MISC, 30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
<i>gauze pads 2</i>	Tier 2	
GNP PEN NEEDLES (31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN PEN NEEDLES	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.3 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE 1 ML	Tier 3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G X 1/2" 0.5 ML MISC, 27G X 1/2" 1 ML MISC, 28G X 1/2" 0.5 ML MISC, 28G X 1/2" 1 ML MISC, 29G X 1/2" 0.5 ML MISC, 29G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 1/2" 1 ML MISC, 30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	

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
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
<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 NEEDLE/5-BEVEL TIP 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
PEN NEEDLES (30G X 5 MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
PENBRAYA RECON SUSP	Tier 3	VAC
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (30G X 5/16" 0.5 ML MISC, 30G X 5/16" 1 ML MISC, 31G X 5/16" 0.5 ML MISC, 31G X 5/16" 1 ML MISC)	Tier 3	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 5 MM MISC, 32G X 6 MM MISC, 32G X 8 MM MISC, 33G X 4 MM MISC, 33G X 5 MM MISC, 33G X 6 MM MISC, 33G X 8 MM MISC)	Tier 3	
<i>ringers irrigation solution</i>	Tier 2	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (X1/2" 0.5 ML MISC, X1/2" 1 ML MISC)	Tier 3	

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
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	
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	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 32G X 4 MM MISC	Tier 3	
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE (30G X 5 MM MISC, 30G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC)	Tier 3	
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (31G X 5 MM MISC, 31G X 6 MM MISC, 31G X 8 MM MISC)	Tier 3	
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE (29G X 12MM MISC, 31G X 5 MM MISC, 31G X 8 MM MISC, 32G X 4 MM MISC, 32G X 6 MM MISC)	Tier 3	

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

## MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
VERIFINE INSULIN SYRINGE (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)
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE 70 % PAD	Tier 2	

## OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OPHTHALMIC AGENTS, OTHER		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	Tier 2	
<i>atropine sulfate 1 % solution</i>	Tier 3	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	Tier 2	
<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	

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>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	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3- 0.1 % suspension</i>	Tier 2	
XDEMYVY 0.25 % SOLUTION	Tier 5	PA, QL (10 PER 30 DAYS)
XIIDRA 5 % SOLUTION	Tier 3	
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	

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

## OPHTHALMIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY) 0.5 % SOLUTION	Tier 2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	Tier 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	
<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	

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

## OPHTHALMIC AGENTS

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

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

## OTIC AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	Tier 2	
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	
<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	

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>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	Tier 3	PA
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	Tier 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate (100 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	Tier 4	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	Tier 1	
<i>promethazine hcl (12.5 mg/10ml solution, 6.25 mg/5ml solution)</i>	Tier 2	PA
<b>ANTILEUKOTRIENES</b>		
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 4 mg packet, 5 mg chew tab)</i>	Tier 2	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>montelukast sodium 10 mg tab</i>	Tier 1	QL (1 PER 1 DAYS)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	Tier 4	QL (2 PER 1 DAYS)
<b>BRONCHODILATORS, ANTICHOLINERGIC</b>		
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)
<b>BRONCHODILATORS, SYMPATHOMIMETIC</b>		
<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)

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>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)
ALBUTEROL SULFATE ((2.5 MG/3ML) 0.083% NEBU SOLN, (5 MG/ML) 0.5% NEBU SOLN, 0.63 MG/3ML NEBU SOLN, 1.25 MG/3ML NEBU SOLN, 2.5 MG/0.5ML NEBU SOLN)	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
<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)
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)

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
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	
PULMONARY ANTIHYPERTENSIVES		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	Tier 5	PA, LA, QL (3 PER 1 DAYS)
<i>alyq 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
<i>ambrisentan (10 mg tab, 5 mg tab)</i>	Tier 5	PA, LA, QL (1 PER 1 DAYS)
<i>bosentan 125 mg tab</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 (12 PER 1 DAYS)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	Tier 3	PA, QL (12 PER 1 DAYS)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (2 PER 1 DAYS)
TRACLEER 32 MG TAB SOL	Tier 5	PA, LA, QL (4 PER 1 DAYS)
PULMONARY FIBROSIS AGENTS		
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)

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>pirfenidone 801 mg tab</i>	Tier 5	PA, QL (3 PER 1 DAYS)
RESPIRATORY TRACT AGENTS, OTHER		
<i>acetylcysteine (10 % solution, 20 % solution)</i>	Tier 2	PA - PART B VS D DETERMINATION
ADVAIR HFA (115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL, 45-21 MCG/ACT AEROSOL)	Tier 3	QL (12 PER 30 DAYS)
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
BREO ELLIPTA (100-25 MCG/ACT AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA, 50-25 MCG/INH AER POW BA)	Tier 3	QL (60 PER 30 DAYS)
<i>breyza (160-4.5 mcg/act aerosol, 80-4.5 mcg/act aerosol)</i>	Tier 3	QL (10.3 PER 30 DAYS)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 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	

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
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)
<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)

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

## SLEEP DISORDER AGENTS

약품명	약품에 대한 귀하의 비용 (약품군)	필요한 조치, 제한 또는 이용 한도
<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 찾으시려면  
 <xiv>페이지로 이동하여 범례에 제공된 설명을 참조하십시오.

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

## A

abacavir sulfate	52,53	albuterol 90mg hfa inhaler (generic proventil)	125
abacavir sulfate-lamivudine	53	Albuterol 90mg HFA inhaler (Generic Ventolin)	125
abacavir-lamivudine-zidovudine	53	ALBUTEROL SULFATE	125
ABELCET	24	albuterol sulfate	125
ABILIFY ASIMTUFII	46	albuterol sulfate hfa	125
ABILIFY MAINTENA	46	alclometasone dipropionate	80
abiraterone acetate	28	ALCOHOL 70% PADS	114
ABRYSVO	109	ALCOHOL PREP	114
acamprosate calcium	5	ALCOHOL PREP PADS	114
acarbose	58	ALCOHOL SWABS	114
accutane	80	ALCOHOL SWABSTICK	114
acebutolol hcl	67	alcohol wipes	82
acetaminophen-codeine	3	ALDURAZYME	89
acetazolamide	70	ALECENSA	31
acetazolamide er	122	alendronate sodium	112,113
acetic acid	123	ALENDRONATE SODIUM	112
acetylcysteine	127	alfuzosin hcl er	90
acitretin	80	aliskiren fumarate	70
ACTHIB	109	allopurinol	25
ACTIMMUNE	107	alosectron hcl	87
acyclovir	56,83	alprazolam	56
acyclovir sodium	56	alprazolam er	56,57
ADACEL	109	alprazolam xr	57
adapalene	80	altavera	93
adefovir dipivoxil	51	ALUNBRIG	31
ADEMPAS	126	alyacen 1/35	93
ADV AIR HFA	127	alyacen 7/7/7	93
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	114	alyq	126
afirmelle	93	amantadine hcl	44
AIMOVIG	26	ambrisentan	126
ak-poly-bac	119	amethia	93
AKEEGA	30	amethia lo	93
ala-cort	80	amikacin sulfate	6
albendazole	43	amiloride hcl	73
albuterol 90mcg hfa inhaler (generic proair)	124	amiloride-hydrochlorothiazide	70
albuterol 90mg hfa inhaler (generic proair)	124	amiodarone hcl	67
		amitriptyline hcl	22
		amlodipine besy-benazepril hcl	70

amlodipine besylate	68	ashlyna	94
amlodipine besylate-valsartan	70	aspirin-dipyridamole er	64
amlodipine-atorvastatin	70	ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	114
amlodipine-olmesartan	70	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	114
amlodipine-valsartan-hctz	71	atazanavir sulfate	54
ammonium lactate	80	atenolol	67
amnesteem	80	atenolol-chlorthalidone	71
amoxapine	22	atomoxetine hcl	77
amoxicillin	10	atorvastatin calcium	74
amoxicillin-pot clavulanate	10	atovaquone	43
AMOXICILLIN-POT CLAVULANATE ER	10	atovaquone-proguanil hcl	43
amphetamine-dextroamphet er	76	atropine sulfate	87,119
amphetamine-dextroamphetamine	76	ATROVENT HFA	124
AMPHOTERICIN B	24	aubra	94
ampicillin	10	aubra eq	94
ampicillin sodium	10	AUGTYRO	30
ampicillin-sulbactam sodium	10	AUM ALCOHOL PREP PADS	114
anagrelide hcl	63	AUM INSULIN SAFETY PEN NEEDLE	114
anastrozole	31	AUM PEN NEEDLE	114
ANORO ELLIPTA	127	aurovela 1.5/30	94
apomorphine hcl	45	aurovela 1/20	94
apraclonidine hcl	122	aurovela fe 1.5/30	94
aprepitant	23	aurovela fe 1/20	94
apri	93	AUVELITY	20
APTIOM	17	aviane	94
APTIVUS	54	avidoxy	13
AQ INSULIN SYRINGE	114	ayuna	94
AQINJECT PEN NEEDLE	114	AYVAKIT	31
aranelle	93	azathioprine	107
ARANESP (ALBUMIN FREE)	63,64	AZATHIOPRINE SODIUM	107
ARCALYST	105	azelastine hcl	120,123
AREXVY	109	azithromycin	12
argyle sterile water	114	AZITHROMYCIN	12
ARIKAYCE	6	aztreonam	7
aripiprazole	47	azurette	94
ARISTADA	47		
ARISTADA INITIO	47	<b>B</b>	
armodafinil	129	bac (butalbital-acetamin-caff)	78
ARNUIITY ELLIPTA	123	bacitra-neomycin-polymyxin-hc	119
asenapine maleate	47	BACITRACIN	120



bacitracin-polymyxin b	119	bimatoprost	122
baclofen	50	BIOGUARD GAUZE SPONGES	115
balsalazide disodium	112	bisoprolol fumarate	68
BALVERSA	31,32	bisoprolol-hydrochlorothiazide	71
balziva	94	blisovi fe 1.5/30	94
BAQSIMI ONE PACK	60	blisovi fe 1/20	94
BAQSIMI TWO PACK	60	BOOSTRIX	109
BARACLUDE	51	bosentan	126
BCG VACCINE	109	BOSULIF	32
BD INSULIN SYRINGE	114	BRAFTOVI	32
BD Pen Needle Mini U/F 31G X 5 MM		BREO ELLIPTA	127
MISC	114	breyana	127
BD Pen Needle Nano U/F 32G X 4 MM		BREZTRI AEROSPHERE	127
MISC	114	briellyn	94
BD Pen Needle Original U/F 29G X 12.7MM		BRILINTA	64
MISC	114	brimonidine tartrate	122
BD Pen Needle Short U/F 31G X 8 MM		brimonidine tartrate-timolol	119
MISC	114	brinzolamide	122
benazepril hcl	66	BRIVIACT	14
benazepril-hydrochlorothiazide	71	bromocriptine mesylate	45
BENLYSTA	105	BRUKINSA	32
BENZNIDAZOLE	43	budesonide	112,123
benzoyl peroxide-erythromycin	80	budesonide er	112
benztropine mesylate	44	budesonide-formoterol fumarate	127
BESIVANCE	12	bumetanide	73
BESREMI	107	buprenorphine	2
betaine	89	buprenorphine hcl	5
betamethasone dipropionate	81	buprenorphine hcl-naloxone hcl	5,6
betamethasone dipropionate aug	81	bupropion hcl	20
betamethasone valerate	81	bupropion hcl er (smoking det)	6
BETASERON	78	bupropion hcl er (sr)	20
betaxolol hcl	67,122	bupropion hcl er (xl)	20
bethanechol chloride	91	buspirone hcl	56
bexarotene	42	butalbital-apap-caffeine	78
BEXSERO	109	butalbital-aspirin-caffeine	1
bicalutamide	28	BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE	1
BICILLIN C-R	11	butorphanol tartrate	3
BICILLIN C-R 900/300	11		
BICILLIN L-A	11		
BIKTARVY	51		
		<b>C</b>	
		CABENUVA	54

cabergoline.....	103	cefotetan disodium.....	9
CABOMETYX.....	32	cefoxitin sodium.....	9
calcipotriene.....	82	cefpodoxime proxetil.....	9
calcitonin (salmon).....	113	cefprozil.....	9
calcitrene.....	82	ceftazidime.....	9
CALCITRIOL.....	82,113	ceftriaxone sodium.....	10
calcitriol.....	113	cefuroxime axetil.....	10
CALQUENCE.....	32	cefuroxime sodium.....	10
camila.....	101	celecoxib.....	1
camrese.....	94	cephalexin.....	10
camrese lo.....	94	cetirizine hcl.....	123
candesartan cilexetil.....	66	cevimeline hcl.....	79
candesartan cilexetil-hctz.....	71	chateal.....	94
CAPLYTA.....	47	chateal eq.....	94
CAPRELSA.....	32	CHEMET.....	86
captopril.....	66	chlorhexidine gluconate.....	79
CAPTOPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	71	chloroquine phosphate.....	43
carbamazepine.....	17	chlorpromazine hcl.....	46
carbamazepine er.....	17	chlorthalidone.....	73
carbidopa.....	45	cholestyramine.....	74
carbidopa-levodopa.....	45	cholestyramine light.....	74
carbidopa-levodopa er.....	45	ciclodan.....	83
carbidopa-levodopa-entacapone.....	44	ciclopirox.....	83
CARETOUCH ALCOHOL PREP.....	115	ciclopirox olamine.....	83
carglumic acid.....	89	cilostazol.....	64
carisoprodol.....	128	CILOXAN.....	12
CARTEOLOL HCL.....	122	CIMDUO.....	53
cartia xt.....	69	cimetidine.....	88
carvedilol.....	68	cinacalcet hcl.....	113
carvedilol phosphate er.....	68	CIPRO HC.....	123
caspofungin acetate.....	24	ciprofloxacin.....	12
cataflam.....	1	ciprofloxacin hcl.....	12,123
CAYSTON.....	7	ciprofloxacin in d5w.....	13
caziant.....	94	ciprofloxacin-dexamethasone.....	123
CEFACLOR.....	9	citalopram hydrobromide.....	21
cefadroxil.....	9	claravis.....	80
cefazolin sodium.....	9	CLARITHROMYCIN.....	12
cefdinir.....	9	clarithromycin.....	12
CEFEPIME HCL.....	9	clarithromycin er.....	12
cefixime.....	9	clindamycin hcl.....	7

clindamycin palmitate hcl.....	7	CORTIFOAM.....	112
clindamycin phos-benzoyl perox.....	80	CORTISONE ACETATE.....	91
clindamycin phosphate.....	7,84	CORTISPORIN-TC.....	123
clindamycin phosphate in d5w.....	7	CORTROPHIN.....	91
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL.....	7	COSENTYX.....	105
clobazam.....	16	COSENTYX (300 MG DOSE).....	105
clobetasol prop emollient base.....	81	COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	105
clobetasol propionate.....	81	COSENTYX SENSOREADY PEN.....	105
clobetasol propionate e.....	81	COSENTYX UNOREADY.....	105
clomipramine hcl.....	22	COTELLIC.....	33
clonazepam.....	57	CREON.....	89
clonidine.....	65	cromolyn sodium.....	88,120,126
clonidine hcl.....	65	cryselle-28.....	94
clopidogrel bisulfate.....	65	CVS ALCOHOL PREP PADS.....	115
clorazepate dipotassium.....	57	cvs isopropyl alcohol wipes.....	82
clotrimazole.....	24	cyclafem 1/35.....	94
clotrimazole-betamethasone.....	82	cyclafem 7/7/7.....	94
clovique.....	86	cyclobenzaprine hcl.....	128
clozapine.....	50	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	28
COARTEM.....	43	cyclosporine.....	107
COBENFY.....	49	cyclosporine modified.....	107
COBENFY STARTER PACK.....	50	cyproheptadine hcl.....	124
CODEINE SULFATE.....	3	cyred.....	94
codeine sulfate.....	3	cyred eq.....	94
colchicine.....	26	CYSTAGON.....	89
colchicine-probenecid.....	26	CYSTARAN.....	89
colesevelam hcl.....	74		
colestipol hcl.....	74	<b>D</b>	
colistimethate sodium (cba).....	7	dabigatran etexilate mesylate.....	62
COMBIVENT RESPIMAT.....	127	dalfampridine er.....	78
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	32	danazol.....	93
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	32	dantrolene sodium.....	50
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	32	dapsone.....	27
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE.....	115	DAPTACEL.....	109
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES.....	115	daptomycin.....	7
COMPLERA.....	52	darunavir.....	54
compro.....	23	dasatinib.....	33
constulose.....	86	dasetta 1/35.....	94
COPIKTRA.....	32	dasetta 7/7/7.....	94
CORLANOR.....	71	DAURISMO.....	33

daysee.....	95	dicloxacillin sodium.....	11
deblitane.....	101	dicyclomine hcl.....	87
decadron.....	91	DIFICID.....	12
deferasirox.....	86	diflunisal.....	1
DELSTRIGO.....	52	difluprednate.....	121
delyla.....	95	digitek.....	67
DENGVAXIA.....	109	digox.....	67
DEPO-ESTRADIOL.....	95	digoxin.....	67
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	101	dihydroergotamine mesylate.....	26
depo-testosterone.....	93	dilt-xr.....	69
DERMOTIC.....	123	diltiazem hcl.....	69
DESCOVY.....	53	diltiazem hcl 120 mg extended release 24hr capsule.....	69
desipramine hcl.....	22	diltiazem hcl 180 mg extended release 24hr capsule.....	69
desmopressin ace spray refrig.....	92	diltiazem hcl 240 mg extended release 24hr capsule.....	69
desmopressin acetate.....	92	diltiazem hcl 300 mg extended release 24hr capsule.....	69
desmopressin acetate pf.....	92	diltiazem hcl 360 mg extended release 24hr capsule.....	69
desogestrel-ethinyl estradiol.....	95	diltiazem hcl er.....	69
desonide.....	81	diltiazem hcl er beads.....	69
desoximetasone.....	81	dimethyl fumarate.....	78
desvenlafaxine succinate er.....	21	dimethyl fumarate starter pack.....	79
dexamethasone.....	91	DIPENTUM.....	112
DEXAMETHASONE SOD PHOS +RFID.....	91	diphenoxylate-atropine.....	87
dexamethasone sod phosphate pf.....	91	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	87
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	91,121	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	110
dexmethylphenidate hcl.....	77	dipyridamole.....	65
dextroamphetamine sulfate.....	76,77	disulfiram.....	5
dextrose.....	84	divalproex sodium.....	14
dextrose in lactated ringers.....	84	divalproex sodium er.....	14
DEXTROSE-NACL.....	84	dofetilide.....	67
dextrose-sodium chloride.....	84	donepezil hcl.....	19
DIACOMIT.....	14	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 10 mg.....	19
diazepam.....	16,57	donepezil hydrochloride orally disintegrating tab 5 mg.....	19
DIAZEPAM.....	16	dorzolamide hcl.....	122
diazepam intensol.....	57		
diazoxide.....	60		
diclofenac potassium.....	1		
diclofenac sodium.....	1,121		
diclofenac sodium er.....	1		

dorzolamide hcl-timolol mal.....	119	EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100.....	115
dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	119	EMBECTA INSULIN SYRINGE U/F.....	116
dotti.....	95	EMBECTA PEN NEEDLE NANO.....	116
DOVATO.....	51	EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN... ..	116
doxazosin mesylate.....	65	EMBECTA PEN NEEDLE U/F.....	116
doxepin hcl.....	22	EMBRACE PEN NEEDLES.....	116
doxercalciferol.....	113	emoquette.....	95
doxy 100.....	13	EMSAM.....	20
doxycycline hyclate.....	13	emtricitabine.....	53
doxycycline monohydrate.....	13	emtricitabine-tenofovir df.....	53
DRIZALMA SPRINKLE.....	78	EMTRIVA.....	53
dronabinol.....	23	emzahh.....	101
DROPLET MICRON.....	115	enalapril maleate.....	66
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE..	115	enalapril-hydrochlorothiazide.....	71
drospirenone-ethinyl estradiol.....	95	ENBREL.....	107
DROXIA.....	89	ENBREL MINI.....	107
droxidopa.....	65	ENBREL SURECLICK.....	107
duloxetine hcl.....	78	endocet.....	3
DUPIXENT.....	106	ENGERIX-B.....	110
dutasteride.....	90	enilloring.....	95
dutasteride-tamsulosin hcl.....	91	enoxaparin sodium.....	62
<b>E</b>		enpresse-28.....	95
e.e.s. 400.....	12	enskyce.....	95
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE.....	115	entacapone.....	44
EASY COMFORT PEN NEEDLES.....	115	entecavir.....	51
ec-naproxen.....	1	ENTRESTO.....	71
econazole nitrate.....	24	enulose.....	86
EDURANT.....	52	ENVARSUS XR.....	108
EFAVIRENZ.....	52	EPIDIOLEX.....	14
efavirenz.....	52	epinephrine.....	125
efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	52	EPINEPHRINE AUTOINJECTOR (GENERIC ADRENACLICK).....	125
efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	52	epitol.....	17
ELAPRASE.....	89	EPIVIR HBV.....	51
elinest.....	95	eplerenone.....	73
ELIQUIS.....	62	EPRONTIA.....	14
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	62	ERGOLOID MESYLATES.....	19
eluryng.....	95	ERIVEDGE.....	33
EMBECTA AUTOSHIELD DUO.....	115	ERLEADA.....	28
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT.....	115	erlotinib hcl.....	33

errin	101	femynor	96
ertapenem sodium	11	fenofibrate	73
ERY	84	fenofibrate micronized	74
erythrocin lactobionate	12	fenofibric acid	74
erythromycin	84,120	fentanyl	2
erythromycin base	12	FETZIMA	21
erythromycin ethylsuccinate	12	FETZIMA TITRATION	21
erythromycin lactobionate	12	finasteride	91
escitalopram oxalate	21	finolimid hcl	79
esomeprazole magnesium	88	FINTEPLA	14
estarylla	95	FIRMAGON	103
estradiol	95	FIRMAGON (240 MG DOSE)	103
estradiol valerate	95	flavoxate hcl	90
ESTRING	95	flecainide acetate	67
eszopiclone	128	fluconazole	24
ethambutol hcl	27	fluconazole in sodium chloride	25
ethosuximide	15	flucytosine	25
ethynodiol diac-eth estradiol	96	fludrocortisone acetate	91
etodolac	1	flunisolide	127
etodolac er	1	fluocinolone acetonide	81
etonogestrel-ethinyl estradiol	96	fluocinolone acetonide body	81
etravirine	52	fluocinolone acetonide scalp	81
euthyrox	102	fluocinonide	81
everolimus	33,108	fluocinonide emulsified base	81
EVOTAZ	54	fluorometholone	121
exemestane	31	fluorouracil	82,83
ezetimibe	74	fluoxetine hcl	21
ezetimibe-simvastatin	74	FLUOXETINE HCL	21
		fluphenazine decanoate	46
<b>F</b>		FLUPHENAZINE HCL	46
falmina	96	FLURBIPROFEN	1
famciclovir	56	FLURBIPROFEN SODIUM	121
famotidine	88	FLUTAMIDE	28
FANAPT	47	fluticasone propionate	81,127
FANAPT TITRATION PACK	47	fluticasone-salmeterol	127
FARXIGA	75	FLUTICASONE-SALMETEROL	127
febuxostat	26	fluvastatin sodium	74
feirza 1.5/30	96	fluvastatin sodium er	74
felbamate	14	flvoxamine maleate	21
felodipine er	68	FML	121

FML FORTE	121
fondaparinux sodium	62,63
fosamprenavir calcium	55
fosinopril sodium	66
fosinopril sodium-hctz	71
FOTIVDA	33
FRUZAQLA	30
fulvestrant	29
furosemide	73
FUROSEMIDE	73
FUZEON	54
fyavolv	96
FYCOMPA	14

## G

gabapentin	16
galantamine hydrobromide	19
GALANTAMINE HYDROBROMIDE	19
galantamine hydrobromide er	19
gallifrey	101
GAMUNEX-C	105
GARDASIL 9	110
gauze pads 2	116
GAVILYTE-C	88
gavilyte-g	88
gavilyte-n with flavor pack	86
GAVRETO	33
gefitinib	33
gemfibrozil	74
GEMTESA	90
generlac	86
gengraf	108
GENTAK	120
gentamicin sulfate	7,120
GENVOYA	51
GILOTRIF	34
glatiramer acetate	79
glatopa	79
GLEOSTINE	28
glimepiride	58

glipizide	58
glipizide er	58
glipizide xl	58
glipizide-metformin hcl	58
GLUCAGEN HYPOKIT	60
glucagon emergency	60
GLUCAGON EMERGENCY	60
glyburide	58
GLYBURIDE MICRONIZED	58
glyburide-metformin	58
glycopyrrolate	87
GLYXAMBI	58
GNP PEN NEEDLES	116
GOLYTELY	88
granisetron hcl	24
griseofulvin microsize	25
griseofulvin ultramicrosize	25
guanfacine hcl	65
guanfacine hcl er	77

## H

HADLIMA	108
HADLIMA PUSH TOUCH	108
HAEGARDA	105
hailey 1.5/30	96
hailey fe 1.5/30	96
hailey fe 1/20	96
halobetasol propionate	81
haloette	96
haloperidol	46
haloperidol decanoate	46
haloperidol lactate	46
HAVRIX	110
heather	101
HEMADY	43
heparin sodium (porcine)	63
heparin sodium (porcine) pf	63
HEPLISAV-B	110
HIBERIX	110
HIZENTRA	105

HUMALOG	61	imipramine hcl	22
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN	61	imiquimod	83
HUMALOG KWIKPEN	61	IMKELDI	34
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN	61	IMOVAX RABIES	110
HUMALOG MIX 75/25	61	incassia	101
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN	61	INCRELEX	92
HUMULIN 70/30	61	INCRUSE ELLIPTA	124
HUMULIN 70/30 KWIKPEN	61	indapamide	73
HUMULIN N	61	indomethacin	2
HUMULIN N KWIKPEN	61	indomethacin er	2
HUMULIN R	61	INFANRIX	110
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	61	INLYTA	34
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	61	INQOVI	30
hydralazine hcl	75	INREBIC	34
hydrochlorothiazide	73	INSULIN LISPRO	61
hydrocodone-acetaminophen	3,4	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)	61
hydrocortisone	81,112	INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN	61
hydrocortisone (perianal)	82	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO	61
hydrocortisone butyrate	82	INSULIN PEN NEEDLES	116
hydrocortisone-acetic acid	123	INSULIN PEN NEEDLES	116
hydromorphone hcl	4	INSULIN SYRINGE 0.3 ML	116
hydroxychloroquine sulfate	43,44	INSULIN SYRINGE 0.5 ML	116
hydroxyurea	30	INSULIN SYRINGE 1 ML	116
hydroxyzine hcl	124	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	116
hydroxyzine pamoate	124	INSUPEN PEN NEEDLES	117
		INTELENCE	52
I		INTRALIPID	117
ibandronate sodium	113	introvale	96
IBRANCE	34	INVEGA HAFYERA	47
ibu	1	INVEGA SUSTENNA	47,48
ibuprofen	1,2	INVEGA TRINZA	48
icatibant acetate	105	IPOL	110
iclevia	96	ipratropium bromide	124
ICLUSIG	34	ipratropium-albuterol	127
icosapent ethyl	75	irbesartan	66
IDHIFA	34	irbesartan-hydrochlorothiazide	71
ILEVRO	121	ISENTRESS	51
imatinib mesylate	34	ISENTRESS HD	51
IMBRUVICA	34	isibloom	96
imipenem-cilastatin	11	isoniazid	27



isopropyl alcohol	83
isopropyl alcohol wipes	83
isosorb dinitrate-hydralazine	71
isosorbide dinitrate	75
isosorbide mononitrate	75
isosorbide mononitrate er	75
isotretinoin	80
isradipine	68
ITOVEBI	35
itraconazole	25
ivabradine hcl	71
ivermectin	43
IWILFIN	30
IXCHIQ	110
IXIARO	110

## J

jaimiess	96
JAKAFI	35
jantoven	63
JANUMET	58
JANUMET XR	59
JANUVIA	59
JARDIANCE	75
jasmiel	96
JAYPIRCA	35
jencycla	101
JENTADUETO	59
JENTADUETO XR	59
jinteli	96
jolessa	96
joyeaux	96
juleber	96
JULUCA	51
junel 1.5/30	96
junel 1/20	96
junel fe 1.5/30	96
junel fe 1/20	96
JYNNEOS	110

## K

kalliga	96
KALYDECO	125
kariva	96
kcl in dextrose-nacl	84
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	84
kelnor 1/35	96
kelnor 1/50	96
KEPIVANCE	79
KERENDIA	59
ketoconazole	25
ketorolac tromethamine	121
KINRIX	110
kionex	86
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	84
klor-con 10	84
klor-con m10	84
klor-con m15	84
klor-con m20	85
KOSELUGO	35
kourzeq	79
KRAZATI	35
kurvelo	97

## L

l-glutamine	89
labetalol hcl	68
lacosamide	17,18
lactated ringers	85,117
lactulose	86
lactulose encephalopathy	86
lamivudine	51,53
lamivudine-zidovudine	53

lamotrigine.....	15	levonorg-eth estrad triphasic.....	97
lansoprazole.....	88	levonorgest-eth estrad 91-day.....	97
LANTUS.....	62	levonorgest-eth estradiol-iron.....	97
LANTUS SOLOSTAR.....	62	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	97
lapatinib ditosylate.....	36	levora 0.15/30 (28).....	97
larin 1.5/30.....	97	levothyroxine sodium.....	103
larin 1/20.....	97	levoxyl.....	103
larin fe 1.5/30.....	97	LEXIVA.....	55
larin fe 1/20.....	97	LIBERVANT.....	16
larissia.....	97	lidocaine.....	5
latanoprost.....	122	lidocaine hcl.....	5
LAZCLUZE.....	31	lidocaine viscous hcl.....	5
leena.....	97	lidocaine-prilocaine.....	5
leflunomide.....	108	lidocan.....	5
lenalidomide.....	29	LILETTA (52 MG).....	101
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	36	lillow.....	97
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	36	lincomycin hcl.....	8
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	36	linezolid.....	8
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	36	LINEZOLID IN SODIUM CHLORIDE.....	8
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	36	LINZESS.....	87
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	36	liothyronine sodium.....	103
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	36	lisdexamfetamine dimesylate.....	77
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	36	lisinopril.....	66
lessina.....	97	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	71
letrozole.....	31	lithium.....	58
leucovorin calcium.....	30	lithium carbonate.....	58
LEUKERAN.....	28	lithium carbonate er.....	58
leuprolide acetate.....	103	LIVTENCITY.....	50
levabuterol hcl.....	125	lo-zumandimine.....	97
LEVALBUTEROL TARTRATE.....	125	loestrin 1.5/30 (21).....	97
levetiracetam.....	15	loestrin 1/20 (21).....	97
levetiracetam er.....	15	loestrin fe 1.5/30.....	97
levo-t.....	102	loestrin fe 1/20.....	97
LEVOBUNOLOL HCL.....	122	lojaimiess.....	97
levocarnitine.....	89	LOKELMA.....	86
levocetirizine dihydrochloride.....	124	LONSURF.....	30
levofloxacin.....	13	loperamide hcl.....	87
LEVOFLOXACIN.....	120	lopinavir-ritonavir.....	55
levofloxacin in d5w.....	13	lorazepam.....	57
levonest.....	97	lorazepam intensol.....	57

LORBRENA.....	36	medroxyprogesterone acetate.....	101
loryna.....	98	mefloquine hcl.....	44
losartan potassium.....	66	megestrol acetate.....	102
losartan potassium-hctz.....	72	MEKINIST.....	37
loteprednol etabonate.....	121	MEKTOVI.....	37
lovastatin.....	74	meloxicam.....	2
low-ogestrel.....	98	memantine hcl.....	19
loxapine succinate.....	46	memantine hcl er.....	19
lubiprostone.....	87	MENACTRA.....	110
LUMAKRAS.....	36	MENEST.....	98
LUMIGAN.....	122	MENQUADFI.....	110
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	103	MENVEO.....	110
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	103	meprobamate.....	56
LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	104	mercaptopurine.....	29
LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	104	meropenem.....	11
lurasidone hcl.....	48	MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	11
lutera.....	98	mesalamine.....	112
LYBALVI.....	20	mesalamine er.....	112
lyleq.....	101	mesna.....	43
lyllana.....	98	metformin hcl.....	59
LYNPARZA.....	37	metformin hcl er.....	59
LYSODREN.....	30	methadone hcl.....	2,3
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	37	methazolamide.....	122
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	37	methenamine hippurate.....	8
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	37	methergine.....	117
lyza.....	101	methimazole.....	104
		methocarbamol.....	128
<b>M</b>		METHOTREXATE SODIUM.....	108
M-M-R II.....	110	methotrexate sodium.....	108
magnesium sulfate.....	85	methotrexate sodium (pf).....	108
malathion.....	83	methoxsalen rapid.....	83
maraviroc.....	54	methscopolamine bromide.....	87
marlissa.....	98	methsuximide.....	15
MARPLAN.....	20	methyldopa.....	65
MATULANE.....	28	METHYLDOPA-	
matzim la.....	69	HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	72
MAVYRET.....	51	methylergonovine maleate.....	117
MAXIDEX.....	121	methylphenidate hcl.....	77
meclizine hcl.....	23	methylphenidate hcl er.....	77
medpura alcohol pads.....	83	methylprednisolone.....	91

methylprednisolone acetate.....	92	moxifloxacin hcl.....	13,121
methylprednisolone sodium succ.....	92	MOXIFLOXACIN HCL.....	13
metoclopramide hcl.....	23	MOXIFLOXACIN HCL (2X DAY).....	121
metolazone.....	73	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL.....	13
metoprolol succinate er.....	68	MRESVIA.....	110
metoprolol tartrate.....	68	MULTAQ.....	67
metoprolol-hydrochlorothiazide.....	72	mupirocin.....	84
metronidazole.....	8	mycophenolate mofetil.....	108
metyrosine.....	72	mycophenolate mofetil hcl.....	108
mexiletine hcl.....	67	mycophenolate sodium.....	108
micafungin sodium.....	25	mycophenolic acid.....	108
MICONAZOLE 3.....	25	myorisan.....	80
microgestin 1.5/30.....	98	MYRBETRIQ.....	90
microgestin 1/20.....	98		
microgestin fe 1.5/30.....	98	<b>N</b>	
microgestin fe 1/20.....	98	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	87
midodrine hcl.....	65	nabumetone.....	2
mifepristone.....	104	nadolol.....	68
MIGERGOT.....	26	nafcillin sodium.....	11
miglitol.....	59	nafrinse.....	85
mili.....	98	NAGLAZYME.....	89
minitran.....	76	naloxone hcl.....	6
minocycline hcl.....	13	naltrexone hcl.....	6
minoxidil.....	75	naproxen.....	2
minzoya.....	98	naproxen dr.....	2
mirtazapine.....	20	naproxen sodium.....	2
misoprostol.....	88	naratriptan hcl.....	26
modafinil.....	129	NATACYN.....	121
moexipril hcl.....	66	nateglinide.....	59
MOLINDONE HCL.....	46	NAYZILAM.....	5
mometasone furoate.....	82	nebivolol hcl.....	68
mondoxylene nl.....	13	necon 0.5/35 (28).....	98
mono-linyah.....	98	NEFAZODONE HCL.....	21
montelukast sodium.....	124	neo-polycin.....	119
morgidox.....	13	neo-polycin hc.....	119
morphine sulfate.....	4	neomycin sulfate.....	7
morphine sulfate (concentrate).....	4	neomycin-bacitracin zn-polymyx.....	119
morphine sulfate er.....	3	neomycin-polymyxin-dexameth.....	120
MOUNJARO.....	59	NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN.....	120
MOVANTI-K.....	87	NEOMYCIN-POLYMYXIN-HC.....	120

neomycin-polymyxin-hc.....	123	NORMOSOL-M IN D5W.....	85
NERLYNX.....	37	nortrel 0.5/35 (28).....	99
nevirapine.....	52	nortrel 1/35 (21).....	99
NEVIRAPINE.....	52	nortrel 1/35 (28).....	99
NEVIRAPINE ER.....	52	nortrel 7/7/7.....	99
nevirapine er.....	52	nortriptyline hcl.....	22,23
NEXPLANON.....	102	NORVIR.....	55
NIACIN (ANTIHYPERLIPIDEMIC).....	75	NovoFine 32G X 6 MM MISC.....	117
niacin er (antihyperlipidemic).....	75	NovoTwist 32G X 5 MM MISC.....	117
NIACOR.....	75	NUBEQA.....	28
nicardipine hcl.....	68	NULYTELY LEMON-LIME.....	87
NICOTROL.....	6	NUPLAZID.....	48
NICOTROL NS.....	6	NURTEC.....	26
nifedipine.....	69	NUTRILIPID.....	117
nifedipine er.....	69	nylia 1/35.....	99
nifedipine er osmotic release.....	69	nylia 7/7/7.....	99
nikki.....	98	NYMALIZE.....	69
nilutamide.....	28	nymyo.....	99
nimodipine.....	69	nystatin.....	25
NINLARO.....	37	nystatin-triamcinolone.....	83
nitazoxanide.....	44	NYVEPRIA.....	64
nitisinone.....	89		
NITRO-BID.....	76		
nitrofurantoin macrocrystal.....	8	oella.....	99
nitrofurantoin monohyd macro.....	8	octreotide acetate.....	104
nitroglycerin.....	76	OCTREOTIDE ACETATE.....	104
NITROSTAT.....	76	ODEFSEY.....	52
NIZATIDINE.....	88	ODOMZO.....	37
nora-be.....	102	OFEV.....	126
norelgestromin-eth estradiol.....	98	ofloxacin.....	121,123
norethin ace-eth estrad-fe.....	98	OGSIVEO.....	37
norethin-eth estradiol-fe.....	98	OJEMDA.....	38
norethindrone.....	102	OJJAARA.....	30
norethindrone acet-ethinyl est.....	98	olanzapine.....	48
norethindrone acetate.....	102	olmesartan medoxomil.....	66
norethindrone-eth estradiol.....	98	olmesartan medoxomil-hctz.....	72
norgestim-eth estrad triphasic.....	99	olmesartan-amlodipine-hctz.....	72
norgestimate-eth estradiol.....	99	omega-3-acid ethyl esters.....	75
norlyda.....	102	omeprazole.....	88,89
norlyroc.....	102	OMNITROPE.....	88,93

ondansetron.....	24	PEMAZYRE.....	38
ONDANSETRON HCL.....	24	PEN NEEDLE/5-BEVEL TIP.....	117
ondansetron hcl.....	24	PEN NEEDLES.....	117
ONUREG.....	29	PENBRAYA.....	117
OPSUMIT.....	126	penicillamine.....	91
OPVEE.....	117	penicillin g potassium.....	11
oralone.....	79	PENICILLIN G SODIUM.....	11
ORGOVYX.....	104	penicillin v potassium.....	11
ORSERDU.....	28	PENTACEL.....	110
orsythia.....	99	pentamidine isethionate.....	44
oseltamivir phosphate.....	55	pentoxifylline er.....	72
OSPHENA.....	102	perindopril erbumine.....	66
OTEZLA.....	83,106	periogard.....	79
oxaprozin.....	2	permethrin.....	83
oxcarbazepine.....	18	perphenazine.....	23
oxybutynin chloride.....	90	PERPHENAZINE-AMITRIPTYLINE.....	20
oxybutynin chloride er.....	90	PERSERIS.....	48
oxycodone hcl.....	4	pfizerpen.....	11
oxycodone-acetaminophen.....	4	phenelzine sulfate.....	21
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN.....	4	phenobarbital.....	16
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	59	phenytek.....	18
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	59	phenytoin.....	18
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	59	phenytoin infatabs.....	18
		phenytoin sodium extended.....	18
<b>P</b>		philith.....	99
pacerone.....	67	PIFELTRO.....	52
paliperidone er.....	48	pilocarpine hcl.....	79,122
PANRETIN.....	42	PIMOZIDE.....	46
pantoprazole sodium.....	89	pimtrea.....	99
paricalcitol.....	113	pindolol.....	68
paroxetine hcl.....	21	pioglitazone hcl.....	59
paroxetine hcl er.....	22	pioglitazone hcl-glimepiride.....	59
PAXLOVID (150/100).....	56	pioglitazone hcl-metformin hcl.....	60
PAXLOVID (300/100).....	56	piperacillin sod-tazobactam so.....	11
pazopanib hcl.....	38	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	38
PEDIARIX.....	110	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	38
PEDVAX HIB.....	110	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	38
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	87	pirfenidone.....	126,127
peg-3350/electrolytes.....	88	PIRFENIDONE.....	126
PEGASYS.....	107	pirmella 1/35.....	99

pirmella 7/7/7.....	99	PRIORIX.....	111
piroxicam.....	2	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	117
PLENVU.....	87	probenecid.....	26
podofilox.....	83	prochlorperazine.....	23
polycin.....	120	prochlorperazine maleate.....	23
polymyxin b sulfate.....	8	procto-med hc.....	82
polymyxin b-trimethoprim.....	121	procto-pak.....	82
POMALYST.....	29	proctosol hc.....	82
portia-28.....	99	proctozone-hc.....	82
posaconazole.....	25	progesterone.....	102
potassium chloride.....	85	PROGRAF.....	108
potassium chloride crys er.....	85	PROLASTIN-C.....	90
potassium chloride er.....	85	PROLIA.....	113
potassium chloride in dextrose.....	85	PROMACTA.....	64
potassium chloride in nacl.....	85	promethazine hcl.....	23,124
potassium citrate er.....	85	propafenone hcl.....	67
pramipexole dihydrochloride.....	45	propranolol hcl.....	68
prasugrel hcl.....	65	PROPRANOLOL HCL.....	68
pravastatin sodium.....	74	propranolol hcl er.....	68
praziquantel.....	43	PROPRANOLOL-HCTZ.....	72
prazosin hcl.....	65	propylthiouracil.....	104
prednisolone.....	92	PROQUAD.....	111
prednisolone acetate.....	121	protriptyline hcl.....	23
prednisolone sodium phosphate.....	92	PULMICORT FLEXHALER.....	123
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	121	PULMOZYME.....	125
prednisone.....	92	PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE.....	117
PREDNISONONE INTENSOL.....	92	PURIXAN.....	29
pregabalin.....	78	pyrazinamide.....	27
PREMARIN.....	99	pyridostigmine bromide.....	27
PREMASOL.....	85	pyridostigmine bromide er.....	27
premium lidocaine.....	5	pyrimethamine.....	44
prenatal vitamins.....	85		
prevalite.....	75	<b>Q</b>	
previfem.....	99	qc alcohol.....	83
PREVYMIS.....	50,51	QINLOCK.....	30
PREZCOBIX.....	55	QUADRACEL.....	111
PREZISTA.....	55	quetiapine fumarate.....	48
PRIFTIN.....	27	quetiapine fumarate er.....	49
primaquine phosphate.....	44	QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE.....	117
primidone.....	16	quinapril hcl.....	66

quinapril-hydrochlorothiazide.....	72
quinidine sulfate.....	67
quinine sulfate.....	44

## R

ra isopropyl alcohol wipes.....	83
RABAVERT.....	111
rabeprazole sodium.....	89
raloxifene hcl.....	102
ramelteon.....	128
ramipril.....	66
ranolazine er.....	72
rasagiline mesylate.....	45
reclipsen.....	99
RECOMBIVAX HB.....	111
relafen.....	2
RELENZA DISKHALER.....	55
repaglinide.....	60
REPATHA.....	75
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	75
REPATHA SURECLICK.....	75
RESTASIS.....	120
RESTASIS MULTIDOSE.....	120
RETACRIT.....	64
RETEVMO.....	38
REVLIMID.....	29
REVUFORJ.....	38
REXULTI.....	49
REYATAZ.....	55
REZLIDHIA.....	38
REZUROCK.....	106
RHOPRESSA.....	122
ribavirin.....	51
rifabutin.....	27
rifampin.....	27
riluzole.....	78
RIMANTADINE HCL.....	55
ringers.....	85
ringers irrigation.....	117
RINVOQ.....	106

RINVOQ LQ.....	106
risedronate sodium.....	113
risperidone.....	49
risperidone microspheres er.....	49
ritonavir.....	55
rivastigmine.....	19
rivastigmine tartrate.....	19
rizatriptan benzoate.....	26
ROCKLATAN.....	120
roflumilast.....	126
ropinirole hcl.....	45
ropinirole hcl er.....	45
rosadan.....	8
rosuvastatin calcium.....	74
ROTARIX.....	111
ROTATEQ.....	111
rowepra.....	15
ROZLYTREK.....	38,39
RUBRACA.....	39
rufinamide.....	18
RUKOBIA.....	54
RYBELSUS.....	60
RYDAPT.....	39

## S

sajazir.....	105
SANDIMMUNE.....	109
SANTYL.....	83
sapropterin dihydrochloride.....	90
SCSEMBLIX.....	39
scopolamine.....	23
SECUADO.....	49
SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	117
selegiline hcl.....	45
selenium sulfide.....	82
SELZENTRY.....	54
SEREVENT DISKUS.....	125
sertraline hcl.....	22
setlakin.....	99
sharobel.....	102



SHINGRIX.....	111	ssd.....	83
SIGNIFOR.....	104	STAVUDINE.....	53
sildenafil citrate.....	126	STELARA.....	106
SILIGENTLE FOAM DRESSING.....	118	sterile water for irrigation.....	118
silodosin.....	91	STIOLTO RESPIMAT.....	127
silver sulfadiazine.....	83	STIVARGA.....	39
SIMBRINZA.....	122	STREPTOMYCIN SULFATE.....	7
SIMLANDI (1 PEN).....	109	STRIBILD.....	52
SIMLANDI (1 SYRINGE).....	109	subvenite.....	15
SIMLANDI (2 PEN).....	109	sucalfate.....	88
SIMLANDI (2 SYRINGE).....	109	sulfacetamide sodium.....	121
simliya.....	99	sulfacetamide sodium (acne).....	80
simpesse.....	99	SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE.....	120
simvastatin.....	74	sulfadiazine.....	13
sirolimus.....	109	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	13
SIRTURO.....	27	sulfasalazine.....	112
SKYRIZI.....	106	sulindac.....	2
SKYRIZI (150 MG DOSE).....	106	sumatriptan.....	26
SKYRIZI PEN.....	106	sumatriptan succinate.....	26
SMOFLIPID.....	118	sumatriptan succinate refill.....	26
sodium chloride.....	85	sunitinib malate.....	39
sodium chloride (pf).....	85	SUNLENCA.....	54
sodium fluoride.....	85	SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	118
SODIUM OXYBATE.....	129	syeda.....	100
sodium phenylbutyrate.....	90	SYMPAZAN.....	16
sodium polystyrene sulfonate.....	86	SYMTUZA.....	55
solifenacin succinate.....	90	SYNAREL.....	104
SOLTAMOX.....	29	SYNJARDY.....	60
SOMAVERT.....	104	SYNJARDY XR.....	60
sorafenib tosylate.....	39	SYNRIBO.....	39
sorine.....	67	SYNTHROID.....	103
sotalol hcl.....	67		
sotalol hcl (af).....	67	<b>T</b>	
SPIRIVA RESPIMAT.....	124	TABLOID.....	30
spironolactone.....	73	TABRECTA.....	39
spironolactone-hctz.....	72	tacrolimus.....	82,109
sprintec 28.....	100	tadalafil.....	91
SPRITAM.....	15	tadalafil (pah).....	126
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF).....	86	TAFINLAR.....	39
sronyx.....	100	TAGRISSO.....	39

TALZENNA.....	40	TICOVAC.....	111
tamoxifen citrate.....	29	tigecycline.....	8
tamsulosin hcl.....	91	timolol maleate.....	68,122
tarina fe 1/20.....	100	tinidazole.....	8
tarina fe 1/20 eq.....	100	tiotropium bromide monohydrate.....	124
TASIGNA.....	40	tis-u-sol.....	118
tasimelteon.....	128	TIVICAY.....	52
tazarotene.....	80	TIVICAY PD.....	52
TAZICEF.....	10	tizanidine hcl.....	50
taztia xt.....	70	tobramycin.....	121,125
TAZVERIK.....	40	tobramycin sulfate.....	7
TDVAX.....	111	tobramycin-dexamethasone.....	120
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	118	TOLAK.....	83
TEFLARO.....	10	tolterodine tartrate.....	90
telmisartan.....	66	tolterodine tartrate er.....	90
telmisartan-amlodipine.....	72	topiramate.....	15
telmisartan-hctz.....	72	TOPIRAMATE.....	15
temazepam.....	128	toremifene citrate.....	29
TEMIXYS.....	53	toremide.....	73
TENIVAC.....	111	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	62
tenofovir disoproxil fumarate.....	53	TOUJEO SOLOSTAR.....	62
TEPMETKO.....	40	TPN ELECTROLYTES.....	86
terazosin hcl.....	65	TRACLEER.....	126
terbinafine hcl.....	25	TRADJENTA.....	60
terconazole.....	25	tramadol hcl.....	5
teriflunomide.....	79	tramadol hcl er.....	3
TERIPARATIDE (RECOMBINANT).....	113	tramadol-acetaminophen.....	5
testosterone.....	93	trandolapril.....	66
testosterone cypionate.....	93	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER.....	72
TESTOSTERONE ENANTHATE.....	93	tranexamic acid.....	64
tetrabenazine.....	78	tranylcypromine sulfate.....	21
tetracycline hcl.....	14	travoprost (bak free).....	122
THALOMID.....	29	trazodone hcl.....	22
theophylline er.....	126	TRECATOR.....	27
thioridazine hcl.....	46	TRELEGY ELLIPTA.....	128
thiotepa.....	28	TRELSTAR MIXJECT.....	104
thiothixene.....	46	TRESIBA.....	62
tiadylt er.....	70	TRESIBA FLEXTOUCH.....	62
tiagabine hcl.....	16	tretinoin.....	42,80
TIBSOVO.....	40	TREXALL.....	109

tri femynor	100
tri-estarylla	100
tri-linyah	100
tri-mili	100
tri-nymyo	100
tri-previfem	100
tri-sprintec	100
tri-vylibra	100
triamcinolone acetonide	79,82
triamterene-hctz	72
triazolam	128
triderm	82
trientine hcl	86
TRIENTINE HCL	86
trifluoperazine hcl	46
TRIFLURIDINE	121
trihexyphenidyl hcl	44
TRIKAFTA	126
trimethoprim	8
trimipramine maleate	23
TRINTELLIX	22
TRIUMEQ	53
TRIUMEQ PD	53
trivora (28)	100
TRIZIVIR	53
tropium chloride	90
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	118
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	118
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	118
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	118
TRULICITY	60
TRUMENBA	111
TRUQAP	40
TUKYSA	40
tulana	102
TURALIO	40
turqoz	100
TWINRIX	111
TYBOST	54
TYMLOS	113

TYPHIM VI	111
-----------	-----

## U

UBRELVY	26
UDENYCA	64
ULTIGUARD SAFEPAK PEN NEEDLE	118
UNIFINE OTC PEN NEEDLES	118
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE	118
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE	118
unithroid	103
ursodiol	88

## V

valacyclovir hcl	56
VALCHLOR	83
valganciclovir hcl	51
valproate sodium	15
valproic acid	15
valsartan	66
valsartan-hydrochlorothiazide	73
VALTOCO 10 MG DOSE	16
VALTOCO 15 MG DOSE	16
VALTOCO 20 MG DOSE	16
VALTOCO 5 MG DOSE	17
valtya 1/50	100
vanadom	128
vancomycin hcl	8
VANDAZOLE	8
VANFLYTA	40
VAQTA	111
varenicline tartrate	6
varenicline tartrate (starter)	6
varenicline tartrate(continue)	6
VARIVAX	111
VAXCHORA	111
VELIVET	100
VENCLEXTA	40
VENCLEXTA STARTING PACK	41
venlafaxine hcl	22
venlafaxine hcl er	22

VEOZAH.....	78
verapamil hcl.....	70
VERAPAMIL HCL ER.....	70
verapamil hcl er.....	70
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE.....	118
VERIFINE INSULIN SYRINGE.....	119
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE.....	119
VERQUVO.....	73
VERSACLOZ.....	50
VERZENIO.....	41
vestura.....	100
vienna.....	100
vigabatrin.....	17
vigadrone.....	17
VIGAFYDE.....	17
vigpoder.....	17
vilazodone hcl.....	22
VIMKUNYA.....	111
viorele.....	100
VIRACEPT.....	55
VIREAD.....	53
VITRAKVI.....	41
VIZIMPRO.....	41
volnea.....	100
VONJO.....	43
VORANIGO.....	41
voriconazole.....	25
VOWST.....	119
VRAYLAR.....	49
vyfemla.....	100
vylibra.....	101
VYZULTA.....	122

## W

warfarin sodium.....	63
WEBCOL ALCOHOL PREP LARGE.....	119
WELIREG.....	31
wera.....	101
wixela inhub.....	128
wymzya fe.....	101

## X

XALKORI.....	41
XARELTO.....	63
XARELTO STARTER PACK.....	63
XATMEP.....	109
XCOPRI.....	15,18
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	18
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	18
XDEMVY.....	120
XELJANZ.....	106
XELJANZ XR.....	106
XERMELO.....	87
XGEVA.....	113
XIFAXAN.....	9
XIGDUO XR.....	60
XIIDRA.....	120
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	56
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	56
XOLAIR.....	107
XOSPATA.....	41
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	41
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	41
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	42
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.....	28,29
xulane.....	101

## Y

YF-VAX.....	112
yuvafem.....	101

## Z

zafemy.....	101
zafirlukast.....	124
zaleplon.....	128
ZARXIO.....	64

ZEJULA.....	42
ZELBORAF.....	42
zenatane.....	80
zidovudine.....	53,54
ziprasidone hcl.....	49
ziprasidone mesylate.....	49
ZIRGAN.....	121
zoledronic acid.....	113
ZOLINZA.....	31
zolmitriptan.....	27
zolpidem tartrate.....	129
zolpidem tartrate er.....	129
ZONISADE.....	18
zonisamide.....	18
zovia 1/35 (28).....	101
zovia 1/35e (28).....	101
ZTALMY.....	17
zumandimine.....	101
ZURZUVAE.....	20
ZYDELIG.....	42
ZYKADIA.....	42
ZYLET.....	120
ZYPREXA RELPREVV.....	49

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

ANALGESICS.....	1
ANESTHETICS.....	5
ANTI-ADDICTION/SUBSTANCE ABUSE TREATMENT AGENTS.....	5
ANTIBACTERIALS.....	6
ANTICONVULSANTS.....	14
ANTIDEMENTIA AGENTS.....	19
ANTIDEPRESSANTS.....	20
ANTIEMETICS.....	23
ANTIFUNGALS.....	24
ANTIGOUT AGENTS.....	25
ANTIMIGRAINE AGENTS.....	26
ANTIMYASTHENIC AGENTS.....	27
ANTIMYCOBACTERIALS.....	27
ANTINEOPLASTICS.....	28
ANTIPARASITICS.....	43
ANTIPARKINSON AGENTS.....	44
ANTIPSYCHOTICS.....	46
ANTISPASTICITY AGENTS.....	50
ANTIVIRALS.....	50
ANXIOLYTICS.....	56
BIPOLAR AGENTS.....	58
BLOOD GLUCOSE REGULATORS.....	58
BLOOD PRODUCTS AND MODIFIERS.....	62
CARDIOVASCULAR AGENTS.....	65
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS.....	76
DENTAL AND ORAL AGENTS.....	79
DERMATOLOGICAL AGENTS.....	80
ELECTROLYTES/MINERALS/METALS/VITAMINS.....	84
GASTROINTESTINAL AGENTS.....	86
GENETIC OR ENZYME OR PROTEIN DISORDER: REPLACEMENT, MODIFIERS, TREATMENT.....	89
GENITOURINARY AGENTS.....	90
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (ADRENAL).....	91
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (PITUITARY).....	92
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (SEX HORMONES/MODIFIERS).....	93
HORMONAL AGENTS, STIMULANT/REPLACEMENT/MODIFYING (THYROID).....	102
HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (ADRENAL OR PITUITARY).....	103

HORMONAL AGENTS, SUPPRESSANT (THYROID).....	104
IMMUNOLOGICAL AGENTS.....	105
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE AGENTS.....	112
METABOLIC BONE DISEASE AGENTS.....	112
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS.....	114
OPHTHALMIC AGENTS.....	119
OTIC AGENTS.....	123
RESPIRATORY TRACT/PULMONARY AGENTS.....	123
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS.....	128
SLEEP DISORDER AGENTS.....	128

## 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** Díí ats'ííis baa áháyá'éeí doodago azee' bee aa áháyá'bína'ídííkidgo éí ná ata' hodoolnihíí hóló. Ata' halne'é biniiyégo, kojí' 1-800-452-4413 béésh bee hodíílnih. Diné k'ehjí yálti'i níká adoolwoł. Díí 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 կառուցվածքի արևմտյան հետ կապված Ձեր ցանկացած հարցին պատասխանելու համար: Թարգմանիչ ծառայությունը անվճար է: Թարգմանչական ծառայությունը 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեր կողմից հարցերին իմացող թարգմանիչը: Ծառայություններ 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.

## ພາສາມູ່ລຳຊາກສາໂຊ່ງ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: ເບີអູ້ກ ຫຼື ການຊ່ວຍ ຈາກສາ ກບສູ່ກ ສູບ ອູ່ງສ໌ຕູເຈຳເລຂ

**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 03/19/2025 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.



03/19/2025