



Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP)

Medicare Medi-Cal Plan

2025 보장 의약품 목록(약품 목록 또는 처방전)

참고: 이 문서에는 이 플랜에서 보장하는 약품에 대한 정보가 포함되어 있습니다.

HPMS 승인 공식 파일 제출 ID, 00025316 버전 번호, 15.

이 공식은 07/01/2025에 업데이트되었습니다.

최신 정보 또는 기타 질문이 있으시면 (800) 665-3086(TTY)으로 문의해 주세요. 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일 - 금요일, 오전 8시 - 오후 8시(현지 시간) 또는 <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>을 방문하세요.

소개

본 문서는 **보장 의약품 목록**(또는 **의약품 목록**)이라고 합니다. **약품 목록**은 또한 Central Health Medi-Medi 플랜 I에서 보장하는 처방약에 대한 특별 규칙이나 제한 사항이 있는지 알려줍니다. 주요 용어와 그 정의는 **가입자 핸드북**의 마지막 장에 나와 있습니다.

차례

A. 고지 사항	3
B. 자주 묻는 질문(FAQ)	10
B1. 어떤 처방약이 보장 의약품 목록 에 있나요? (보장 의약품 목록 은 줄여서 “ 의약품 목록 ”이라고 합니다.)	10
B2. 의약품 목록 이 바뀌지는 않나요?	11
B3. 의약품 목록 이 바뀌면 어떤 일들이 발생하나요?	11
B4. 의약품 보장에 있어서 어떤 제약이나 제한이 없나요? 또는 특정 의약품을 받기 위해 취해야 하는 조치는 없나요?	13
B5. 원하는 의약품에 제한이 있거나 의약품을 받기 위해 별도 조치를 취해야 하는지를 어떻게 알 수 있나요?	13
B6. Central Health Medi-Medi Plan I에서 일부 약품 보장 방법에 대한 규칙(예: 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한)을 변경하면 어떻게 되나요?	13
B7. 의약품 목록 에서 특정 의약품을 찾고 싶으면 어떻게 해야 하나요?	14
B8. 찾는 의약품이 의약품 목록 에 없을 경우에는 어떻게 하나요?	14
B9. 신규 Central Health Medi-Medi Plan I 가입자인데 의약품 목록 에서 약을 찾을 수 없거나 약을 받는 데 문제가 있는 경우 어떻게 해야 하나요?	14
B10. 의약품 보장 예외 인정을 요청할 수 있나요?	15
B11. 예외 인정을 어떻게 요청할 수 있나요?	15
B12. 예외를 인정받기까지 얼마나 오래 걸리나요?	16
B13. 복제 의약품이란 무엇인가요?	16



질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. 자세한 내용은 <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

B14. 오리지널 생물학적 제제란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있나요?	16
B15. Central Health Medi-Medi Plan I은 비의약품 일반의약품을 보장하나요?	16
B16. Central Health Medi-Medi Plan I은 처방전의 장기 공급을 보장하나요?	17
B17. 지역 약국에서 처방전을 집으로 배달받을 수 있나요?	17
B18. 자기부담금이란 무엇인가요?	17
C. 보장 의약품 목록의 개요	17
C1. 의료 상태별 의약품 목록	18
D. 보장 의약품 색인	99

A. 고지 사항

다음은 가입자가 Central Health Medi-Medi 플랜 I에서 받을 수 있는 약품 목록입니다.

- ❖ 온라인(<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>)에서 또는 (800) 665-3086, TTY로 전화하여 언제든지 Central Health Medi-Medi 플랜 I의 최신 **보장 약품 목록**을 확인할 수 있습니다. 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화료는 무료입니다.
- ❖ 이 문서는 큰 활자, 점자 또는 오디오와 같은 여러 형식으로 무료로 제공됩니다. 전화: (800) 665-3086, TTY: 711, 10월 1일 ~ 3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다.
- ❖ Central Health Medi-Medi 플랜 I은 메디케어 계약이 체결된 HMO/HMO SNP입니다. Central Health Medi-Medi 플랜 I 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.
- ❖ Central Health Medi-Medi Plan I은 관련 연방 민권법을 준수하며 성별, 인종, 피부색, 종교, 혈통, 출신 국가, 민족 집단 신분, 연령, 정신 장애, 신체장애, 건강 상태, 유전 정보, 결혼 여부, 성별, 성 정체성 또는 성적 지향에 근거하여 차별하지 않습니다.

고객님이 당사와 효과적으로 소통할 수 있도록 Central Health Medi-Medi 플랜 I은 서비스를 적시에 무료로 제공합니다.

- Central Health Medi-Medi 플랜 I은 장애인에게 합리적인 수정과 적절한 보조 도구 및 서비스를 제공합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다. (1) 자격을 갖춘 통역사. (2) 큰 활자, 오디오, 접근 가능한 전자 형식, 점자 등 기타 형식의 정보.
- 다른 언어를 사용하거나 영어 능력이 제한적인 사람들에게 언어 서비스를 제공합니다. 여기에는 다음이 포함됩니다. (1) 자격을 갖춘 구두 통역사. (2) 귀하의 언어로 번역된 정보.

이러한 서비스가 필요한 경우 1-800-665-3086 또는 TTY/TDD로 Central Health Medi-Medi Plan I 가입자 서비스 가입자 서비스에 문의하십시오. 711번으로 전화하십시오.

당사가 연령, 피부색, 장애, 출신 국가, 인종 또는 성별을 이유로 차별했다고 생각하는 경우 고충을 제기할 수 있습니다. 직접 방문, 전화, 우편, 이메일 또는 온라인으로 고충을 제기할 수 있습니다. 불만 사항 작성에 도움이 필요하시면 도움을 받으실 수 있습니다. 고충 처리 절차는



질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

다음 웹사이트에서 확인할 수 있습니다.

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx> 민권 코디네이터에게 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711로 전화하거나

다음 주소로 불만 사항을 제출하세요:

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

이메일: civil.rights@molinahealthcare.com

웹사이트: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

또한 미국 보건복지부 민권옹호국에 민권옹호국 민원

포털(<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>)을 통해 온라인으로 또는 우편이나 전화로 민권옹호국에 민권 불만(고충)을 제기할 수도 있습니다:

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

불만 양식은 다음 링크에서 확인할 수 있습니다: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

또한 전화, 서면 또는 전자 방식으로 캘리포니아주 보건의료서비스부 민권국에 민권 불만 사항을 제기할 수도 있습니다.

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

전화번호: 916-440-7370(Telecommunications Relay Service(통신중계서비스) 이용은 711)

이메일: CivilRights@dhcs.ca.gov

불만 제기 양식은 http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx 에서 확인할 수 있습니다.

NOTICE OF AVAILABILITY

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-866-314-2427 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-866-314-2427 (TTY: 711). These services are free.

انتبه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم 1-866-314-2427 (يمكن لمستخدمي "TTY" الاتصال على الرقم: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بخط برايل والمطبوعة بحروف كبيرة. اتصل على الرقم 1-866-314-2427 (يمكن لمستخدمي "TTY" الاتصال على الرقم: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե օգնության կարիք ունեք Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են բրայլի գրերով և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Չանգահարեք 1-866-314-2427 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意: 如果您需要语言方面的帮助, 请拨打 1-866-314-2427 (TTY: 711)。也为艾滋病人和残障人士服务, 提供如盲文版和大字体印刷版文件。请拨打 1-866-314-2427 (TTY: 711)。上述服务免费。

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 [(800) 665-3086번(TTY: 711번)]으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

07/01/2025

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ 1-866-314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼,

ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-866-314-2427 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਯਦਿ ਆਪਕੋ ਅਪਨੀ ਭਾਸ਼ਾ ਮੇਂ ਸਹਾਯਤਾ ਚਾਹਿਏ, ਤੋ 1-866-314-2427 (TTY: 711) ਪਰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗ ਲੋਗੋਂ ਕੇ ਲਿਏ ਸਹਾਯਕ ਧੰਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾਏਂ ਭੀ ਉਪਲਬਧ ਹੈਨ, ਜੈਸੇ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼। 1-866-314-2427 (TTY: 711) ਪਰ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਏ ਸੇਵਾਏਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹੈਨ।

TSEEM CEEB: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua hom ntawv su thiab ua ntawv luam loj. Hu rau 1-866-314-2427 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog muab pub dawb xwb.

注：母国語でのサポートが必要な場合は、1-866-314-2427 (TTY: 711)までお問い合わせください。点字や大きな文字で印刷された書類など、障害のある方向けのサポートやサービスもご利用いただくことが可能です。1-866-314-2427 (TTY: 711)までお問い合わせください。これらは全て無料でご利用いただけます。

주의: 해당 언어로 도움이 필요한 경우 1-866-314-2427 (TTY: 711)번으로 전화하십시오. 점자 및 큰 글씨로 된 문서 등 장애인을 위한 지원 및 서비스도 제공됩니다. 1-866-314-2427 (TTY: 711)번으로 전화하십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນໃສ່ໃຈ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາ ຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-866-314-2427 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້, ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນລົບພິການ, ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່. ໂທຫາ 1-866-314-2427 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ.

CAU FIM JANGX LONGX: Se gorngv meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac, douc waac lorz 1-866-314-2427 (TTY: 711). Ninh mbuo mbenc duqv maaih jaa-dorngx aengx caux gong-bou jau-louc tengx ziux goux waaic fangx mienh, dorh sou zoux benx braille, nqaapv bieqc domh zei-linh. Douc waac lorz 1-866-314-2427 (TTY: 711). Naaiv deix gong-bou jau-louc benx wangv-henh tengx hnavg oc.

 **질문이 있는 경우,** Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក

សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427 (TTY: 711)។ ជំនួយ

និងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្តាប

និងការបោះពុម្ពជាអក្សរធំក៏មានផ្តល់ជូនផងដែរ។

សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-866-314-2427 (TTY: 711)។

សេវាកម្មទាំងនេះផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃ។

توجه: اگر نیازمند کمک به زبان خودتان هستید، با شماره 1-866-314-2427

(TTY: 711) تماس بگیرید. کمک و خدمات برای افراد توانخواه، مانند اسناد به

زبان بریل و با حروف درشت نیز در دسترس هستند. با شماره

(TTY: 711) 1-866-314-2427 تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه

می‌شوند.

ВНИМАНИЕ! Если вам необходима помощь на

родном языке, позвоните по номеру 1-866-314-2427

(TTY (телетайп): 711). Также доступны

вспомогательные приспособления и услуги для лиц

с инвалидностью, например документы, набранные

шрифтом Брайля или крупным шрифтом. Позвоните

по номеру 1-866-314-2427 (TTY (телетайп): 711).

Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). También se ofrecen servicios y asistencia para personas con discapacidad, como documentos en braille y con letra grande. Llame al 1-866-314-2427 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Available rin ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malalaking titik. Tumawag sa 1-866-314-2427 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

เรียน: หากคุณต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทร 1-866-314-2427 (TTY: 711) นอกจากนี้ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับคนพิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และตัวพิมพ์ขนาดใหญ่อีกด้วย โปรดโทร 1-866-314-2427 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ฟรี

УВАГА: Щоб отримати допомогу вашою мовою, зателефонуйте за номером 1-866-314-2427 (телетайп: 711). Також доступні допоміжні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, наприклад, документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-866-314-2427 (телетайп: 711). Ці послуги безкоштовні.

LU'U Ý: Nếu quý vị cần được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, xin hãy gọi theo số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Phương tiện trợ giúp và dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu viết chữ nổi braille và bản in khổ lớn, cũng có sẵn. Xin hãy gọi theo số 1-866-314-2427 (TTY: 711). Những dịch vụ này đều miễn phí.

 **질문이 있는 경우,** Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

- ❖ 이 문서는 스페인어, 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어(간체 또는 번체), 페르시아어, 몽족어, 한국어, 러시아어, 타갈로그어 및 베트남어로 무료로 제공됩니다.
- ❖ 요청 시, 귀하가 필요한 언어 또는 형식으로 정보를 보내드릴 수 있습니다. 이를 상시 요청이라고 합니다. (800) 665-3086, TTY: 711, 10월 1일 ~ 3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 회원 서비스 담당자가 상설 요청을 하거나 변경하는 데 도움을 드릴 수 있습니다. 당사는 귀하의 상시 요청을 지속적으로 추적하기 때문에, 당사가 정보를 보낼 때마다 별도의 요청을 하실 필요가 없습니다.

B. 자주 묻는 질문(FAQ)

여기에서 **보장 의약품 목록**에 대한 질문의 답변을 찾아보십시오. FAQ 전체 또는 특정 질문에 대한 답변을 찾아볼 수 있습니다.

B1. 어떤 처방약이 **보장 의약품 목록**에 있나요? (**보장 의약품 목록**은 줄여서 “**의약품 목록**”이라고 합니다.)

섹션 C1에서 시작되는 **보장 의약품 목록**에 있는 약품은 중앙 건강 메디 메디 플랜 I(HMO D-SNP)에서 보장하는 약품입니다. 해당 의약품은 저희 네트워크 내 약국에서 구매 가능합니다. 회원에게 서비스를 제공하기로 저희와 계약을 체결한 약국은 저희 네트워크 소속 약국입니다. 이러한 약국들은 “네트워크 약국”이라고 합니다.

일부 일반 의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받으실 때는 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC)를 지참해 주십시오.

- Central Health Medi-Medi Plan I은 다음과 같은 경우 **약품 목록**에 있는 의학적으로 필요한 모든 약품을 보장합니다:
 - 의사나 기타 처방자가 회원님의 건강 회복 또는 유지를 위해 필요하다고 판단한 경우,
 - Central Health Medi-Medi Plan I 가입자가 해당 약품이 가입자에게 의학적으로 필요하다는 데 동의하고 **다음과 같은 경우**
 - Central Health Medi-Medi Plan I 네트워크 약국에서 처방전을 작성합니다.
- 약을 받기 전에 어떤 조치를 취해야 하는 경우도 있습니다. 자세한 내용은 질문 B4를 참조하세요.

또한 당사 웹사이트(<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>)에서 보장하는 약품의 최신 목록을 확인하거나 회원 서비스 센터에 전화하여 확인할 수 있습니다(800-665-3086, TTY:) 711, 10월

1월 ~ 3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오.

B2. 의약품 목록이 바뀌지는 않나요?

예, Central Health Medi-Medi 플랜 I은 변경 시 Medicare 및 Medi-Cal 규정을 따라야 합니다. 연중 *의약품 목록*에 의약품을 추가하거나 삭제할 수 있습니다.

의약품에 대한 규정을 바꿀 수도 있습니다. 예를 들어,

- 약품에 대한 사전 승인 필요 여부를 결정합니다. (사전 승인은 약을 받기 전에 Central Health Medi-Medi Plan I의 허가를 받는 것입니다.)
- 받을 의약품의 양(투여량 제한)을 추가 또는 변경하거나,
- 의약품에 대한 단계적 치료법의 제한 사항을 추가 또는 변경할 수 있습니다. (단계적 치료법이란 다른 의약품을 받기 이전에 특정 의약품을 먼저 시도해야 한다는 것을 의미합니다.)

이러한 의약품 규정에 대한 자세한 정보는 질문 B4를 참조하십시오.

연초에 보장된 의약품을 복용 중일 경우, 일반적으로 다음의 상황이 발생하지 않는다면 **그해 남은 기간** 해당 의약품에 대한 보장이 삭제되거나 변경되지 않을 것입니다.

- 현재 *의약품 목록*에 있는 의약품만큼 효과적이면서 더 저렴한 새 의약품이 출시, 또는
- 해당 의약품의 안전성에 문제가 있는 경우, 또는
- 해당 의약품이 시장에서 없어진 경우.

아래 질문 B3과 B6은 *의약품 목록*이 변경되었을 때 어떤 일이 발생하는지에 대한 자세한 정보를 다룹니다.

- Central Health Medi-Medi Plan I의 최신 *약품 목록*은 <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary> 에서 언제든지 온라인으로 확인할 수 있습니다. *약품 목록*에 대한 업데이트는 매월 웹사이트에 게시됩니다.
- 회원 서비스 센터에 전화할 수도 있습니다: (800) 665-3086, TTY: 711, 10월 1일 ~ 3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 가입자 서비스에 전화하여 최신 *약품 목록*을 확인할 수도 있습니다.

B3. 의약품 목록이 바뀌면 어떤 일들이 발생하나요?

*의약품 목록*에서 어떤 사항들은 즉시 변경될 수 있습니다. 예를 들어 보겠습니다.

- **특정 새 버전의 약물 대체.** 당사는 해당 약품을 특정 새 버전의 약품으로 교체하는 경우 해당 약품을 *의약품 목록*에서 즉시 삭제할 수 있지만, 새 의약품에 대한 회원님의

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

비용은 \$0로 유지됩니다. 새로운 버전의 의약품을 추가할 때 브랜드 의약품이나 오리지널 생물학적 제제는 목록에 유지하되 보장 규정이나 한도를 변경할 수도 있습니다.

- 이러한 변경이 이루어지기 전에 미리 알려드리지 않을 수는 있으나, 변경이 이루어진 후에는 구체적인 변경 내용에 대한 정보를 바로 보내드립니다.
- 이러한 변경은 추가하는 약품이 새로운 포괄적 버전인 경우에만 가능합니다.
 - 브랜드 약품의 새로운 포괄적 버전이거나
 - *의약품 목록*에 있는 오리지널 생물학적 제제의 새로운 바이오시밀러 버전인 경우(예: 새로운 처방 없이 오리지널 생물학적 제제를 대체할 수 있는 상호 교환 가능한 바이오시밀러를 추가하는 경우).
 - 이러한 약물 유형 중 일부는 처음 접하는 것일 수 있습니다. 자세한 내용은 섹션 B14를 참조하세요.
- 회원님 또는 회원님의 제공자는 이러한 변경에 대해 예외 조항을 요청할 수 있습니다. 예외 인정을 요청하기 위한 단계들에 대한 안내를 보내드릴 예정입니다. 예외 사항에 대한 자세한 정보는 질문 B10-B12을 참조하십시오.
- **해당 의약품이 시장에서 없어진 경우.** 미국 식품의약국(FDA)에서 회원님이 복용 중인 의약품이 안전하거나 효과적이지 않다고 발표하거나 의약품 제조업체가 해당 의약품을 시장에서 퇴출하는 경우, 당사는 해당 의약품을 즉시 *의약품 목록*에서 삭제할 수 있습니다. 해당 약품을 복용 중인 경우 변경 후 회원님에게 통지를 보내드립니다. 의사 또는 기타 처방자와 상의하여 귀하에게 안전한 대안을 찾으십시오.

회원님이 복용하는 의약품에 영향을 미칠 변동 사항들이 생길 수 있습니다. *의약품 목록*에 이러한 다른 변동 사항에 대해서는 미리 안내를 드리겠습니다. 이러한 변동 사항은 아래의 경우에서 생길 수 있습니다.

- FDA가 새로운 지침을 제공하거나 의약품에 대한 새로운 임상적 지침서가 있을 경우.
- 당사는 시장에 새로 출시되지 않은 포괄적 의약품을 추가할 때 브랜드 의약품을 *의약품 목록*에서 삭제합니다.
- 바이오시밀러를 추가할 때 오리지널 생물학적 제제를 제거합니다.
- 브랜드 의약품에 대한 보장 규정 또는 한도를 변경하는 경우.

이러한 변동 사항이 발생할 경우,

- *의약품 목록*을 변경하기 최소 30일 전에 회원님께 **알려드리거나**
- 회원님께서 재조제를 요청하신 후 31일간 해당 의약품을 공급해 드리겠습니다.

이 기간 동안 회원님께서서는 담당의나 처방자와 충분히 이야기 나눌 수 있으실 것입니다. 의사 또는 처방자는 아래 항목과 관련하여 회원님의 결정에 도움을 제공할 수 있습니다.

- *약물 목록*에 유사한 약물이 있는 경우 대신 복용할 수 있는 경우 또는
- 이러한 변동에 대해서 예외 인정을 요청해야 하는지 여부. 예외 사항에 대해 더 자세히 알아보려면 질문 B10-B12을 참조하십시오.

B4. 의약품 보장에 있어서 어떤 제약이나 제한이 없나요? 또는 특정 의약품을 받기 위해 취해야 하는 조치는 없나요?

있습니다. 일부 의약품은 회원님께서 복용할 수 있는 의약품에 대한 보장 규정이나 제한이 존재합니다. 일부 경우에는 회원님 혹은 회원님의 담당의나 처방자가 의약품을 받기 전 특정 조치를 취해야 합니다. 예를 들어 보겠습니다.

- **사전 승인:** 일부 약품의 경우, 처방전을 작성하기 전에 본인 또는 의사 또는 기타 처방자가 Central Health Medi-Medi 플랜 I의 승인을 받아야 합니다. 사전 승인은 의뢰와 다릅니다. 사전 승인을 받지 않은 경우 Central Health Medi-Medi Plan I에서는 해당 의약품을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **수량 제한:** 때때로 Central Health Medi-Medi Plan I은 가입자가 받을 수 있는 약품의 양을 제한합니다.
- **단계적 치료법:** 때때로 Central Health Medi-Medi Plan I은 단계적 치료를 요구하기도 합니다. 이는 회원님의 의학적 상태를 위해 의약품들을 특정 순서로 복용해야 함을 의미합니다. 다른 의약품을 보장받기에 앞서 특정 의약품들을 복용해야 할 수 있습니다. 처방자가 첫 번째 약이 효과가 없다고 판단하면 두 번째 약을 보장해 드립니다.

해당 약품에 추가 요건이나 제한 사항이 있는지 여부는 섹션 C1의 표에서 확인할 수 있습니다. 또한 웹사이트(<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>)를 방문하여 자세한 정보를 얻을 수도 있습니다. 사전 승인 및 단계별 치료 제한 사항을 설명하는 온라인 문서가 게시되어 있습니다. 문서 사본을 보내달라고 요청하실 수 있습니다.

이러한 제한 사항으로부터의 예외 인정을 요청할 수 있습니다. 이 기간 동안 회원님께서 담당의나 처방자와 충분히 이야기 나눌 수 있으실 것입니다. 담당의나 처방자는 대체할 수 있는 *의약품 목록*에 있는 유사한 의약품이나 예외 조항에 대한 요청 여부를 결정할 때 도움을 줄 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하세요.

B5. 원하는 의약품에 제한이 있거나 의약품을 받기 위해 별도 조치를 취해야 하는지를 어떻게 알 수 있나요?

의학적 상태별 의약품 목록의 표에는 “필요한 조치, 제한 또는 사용 제한”이라고 표시된 열이 있습니다.

B6. Central Health Medi-Medi Plan I에서 일부 약품 보장 방법에 대한 규칙(예: 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계적 치료 제한)을 변경하면 어떻게 되나요?

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

경우에 따라 의약품에 대한 사전 승인, 수량 제한 및/또는 단계별 치료 제한을 추가하거나 변경하는 경우 미리 알려 드립니다. 이러한 사전 안내를 받지 못한 경우 또는 *의약품 목록*이 변경되었으나 미리 안내를 받지 못할 경우에 대한 자세한 정보는 질문 B3을 참조하십시오.

B7. 의약품 목록에서 특정 의약품을 찾고 싶으면 어떻게 해야 하나요?

특정 의약품을 찾는 방법에는 두 가지가 있습니다.

- 알파벳순으로 검색하거나
- 의학적 상태를 기준으로 검색.

알파벳순으로 검색하려면 보장 약물 색인 섹션에서 해당 약물을 찾아보세요. 섹션 D에서 찾을 수 있습니다.

질환별로 검색하려면 “질환별 의약품 목록” 섹션 C1을 찾아보세요. 이 섹션의 의약품들은 치료를 위해 사용하는 의학적 상태의 유형에 따라 카테고리로 분류되어 있습니다. 예를 들어 심장 질환이 있는 경우 심혈관계에서 찾아야 합니다. 해당 카테고리에서 심장 질환을 치료하기 위한 의약품들을 찾아볼 수 있습니다.

B8. 찾는 의약품이 의약품 목록에 없을 경우에는 어떻게 하나요?

*의약품 목록*에서 해당 약품을 찾을 수 없는 경우, 회원 서비스 센터로 전화하세요: (800) 665-3086번, TTY: 711, 10월 1일 ~ 3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 전화하여 문의하세요. Central Health Medi-Medi Plan I에서 해당 약품이 보장되지 않는다는 사실을 알게 되면 다음 중 한 가지를 할 수 있습니다.

- *회원 서비스*에 회원님이 찾는 의약품과 비슷한 의약품의 목록을 요청하십시오. 그 후 해당 목록을 담당의 또는 처방자에게 보여 주십시오. 의사나 처방자가 *의약품 목록*에 있는 의약품 중 찾는 의약품과 비슷한 의약품을 처방해 줄 수 있습니다. 또는
- Central Health Medi-Medi Plan I에 약물 보장에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12를 참조하세요.

B9. 신규 Central Health Medi-Medi Plan I 가입자인데 의약품 목록에서 약을 찾을 수 없거나 약을 받는 데 문제가 있는 경우 어떻게 해야 하나요?

저희가 도와드릴 수 있습니다. 가입자가 Central Health Medi-Medi Plan I에 가입한 첫 90일 동안에는 의사 또는 다른 처방자와 상담할 수 있는 시간을 드리기 위해 일시적으로 31일분의 약품을 보장해 드릴 수 있습니다. 담당의나 처방자는 대체할 수 있는 *의약품 목록*에 있는 유사한 의약품이나 예외 조항에 대한 요청 여부를 결정할 때 도움을 줄 수 있습니다.

처방전이 적은 일수로 작성된 경우, 최대 31일 분량의 약을 제공하기 위해 여러 번의 리필을 허용합니다.

다음과 같은 경우 31일 분량의 약품을 보장해 드립니다:

- 당사 *의약품 목록*에 없는 약을 복용 중이거나, 또는
- 당사 플랜 규정에 따라 처방자가 주문한 양을 받을 수 없는 경우, 또는

- 해당 약품이 Central Health Medi-Medi Plan I의 사전 승인이 필요한 경우, 또는
- 단계적 치료법의 제한이 있는 의약품을 복용할 경우

Central Health Medi-Medi Plan I에서 파트 D 의약품으로 간주하지 않는 약을 복용 중이고 해당 약이 의약품 목록에 없는데 해당 약을 구하는 데 문제가 있는 경우 Medi-Cal Rx를 통해 보장받을 수 있습니다. 파트 D 제외 약품에 예외가 필요하고 응급 상황인 경우 Medi-Cal Rx는 72시간 이상 해당 약품의 공급을 허용합니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받을 때는 Medi-Cal BIC를 지참해 주십시오.

요양원이나 장기 케어 시설에 있어서 *의약품 목록*에 없는 의약품을 필요로 하는 경우 또는 필요로 하는 의약품을 쉽게 구할 수 없는 경우에 도움을 드릴 수 있습니다. 해당 플랜을 최소 90일 이상 사용한 경우, 장기 케어 시설에 살고 있는 경우, 그리고 의약품의 공급이 당장 필요한 경우:

- 필요한 약품의 31일분(더 적은 일수의 처방전이 있는 경우 제외)은 신규 Central Health Medi-Medi 플랜 I 가입자이든 아니든 보장됩니다.
- 이는 Central Health Medi-Medi Plan I에 가입한 첫 90일 동안의 임시 공급량에 추가됩니다.

Central Health Medi-Med 플랜 I은 가입자의 보장 개시일부터 시작하여 가입자의 가입 첫 90일 동안 언제든지 장기 케어 환경에서 최소 31일 분량의 임시 처방전(처방전이 31일 분량 미만으로 작성되거나 안전 목적의 수량 제한 또는 승인된 제품 라벨에 따른 약물 사용량 변경으로 인해 처방전이 작성된 양보다 적게 조제되는 경우를 제외하고, 이 경우 Central Health Medi-Medi Plan I은 최대 총 31일 분량의 약품을 제공하기 위해 여러 회에 걸쳐 조제를 허용합니다) 제공을 허용할 수 있습니다.

B10. 의약품 보장 예외 인정을 요청할 수 있나요?

네. *약품 목록*에 없는 약품에 대한 보장을 위해 Central Health Medi-Medi 플랜 I에 예외를 요청할 수 있습니다.

또한 회원님의 의약품에 관한 규정을 변경해 달라고 요청할 수도 있습니다.

- 예를 들어, Central Health Medi-Medi Plan I은 당사가 보장하는 약품의 양을 제한할 수 있습니다. 회원님의 의약품에 제한이 있다면, 제한 사항을 변경하고 더 많이 보장하도록 요청할 수 있습니다.
- 다른 예시: 단계별 치료 제한 또는 사전 승인 요건을 삭제하도록 요청할 수 있습니다.

B11. 예외 인정을 어떻게 요청할 수 있나요?

예외를 요청하려면 *가입자 서비스*에 전화하세요. 회원 서비스 담당자가 회원님 및 처방자와 협력하여 예외를 요청할 수 있도록 도와드릴 것입니다. 예외에 대한 자세한 내용은 *회원 핸드북*의 9장 G2 절에서 확인할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

B12. 예외를 인정받기까지 얼마나 오래 걸리나요?

당사는 귀하의 예외 요청을 지원하는 처방의로부터 진술서를 받은 후 72시간 이내에 결정을 내립니다. 의사 또는 기타 처방자는 증빙 명세서를 (866) 290-1309번으로 팩스 또는 우편으로 보내실 수 있습니다. 또한 전화로 당사에 알려준 후 명세서를 팩스 또는 우편으로 보낼 수도 있습니다.

처방전 내역서를 다음 주소로 보내세요:

Central Health Medicare Plan
Attn: Pharmacy Department
7050 S Union Park Center, Suite 600
Midvale, Utah 84107

만일 회원님 또는 회원님의 처방자가 최종 결정을 위한 72시간 중에 회원님의 건강에 영향이 있을 것 같다고 판단되면 신속 예외 처리를 요청할 수 있습니다. 더 빠르게 결정을 내리는 것입니다. 회원님의 처방자가 회원님의 요청의 필요성을 인정하는 경우, 회원님의 처방자로부터 관련 서류를 받은 때에서 24시간 이내에 결정한 후 결과를 알려드리겠습니다.

B13. 복제 의약품이란 무엇인가요?

일반 의약품은 브랜드 의약품과 동일한 활성 성분으로 구성됩니다. 일반적으로 브랜드 의약품보다 가격이 저렴하고 효과는 비슷합니다. 일반적으로 잘 알려진 이름이 없는 경우가 많습니다. 복제 의약품은 FDA(식품의약국)의 승인을 받습니다. 많은 브랜드 약품에는 포괄적 약품이 있습니다. 포괄적 의약품은 일반적으로 주법에 따라 새 처방전 없이 약국에서 브랜드 의약품으로 대체할 수 있습니다.

Central Health Medi-Medi 플랜 I은 브랜드 의약품과 일반 의약품을 모두 보장합니다.

B14. 오리지널 생물학적 제제란 무엇이며 바이오시밀러와 어떤 관련이 있나요?

약품은 의약품 또는 생물학적 제품을 의미할 수 있습니다. 생물학적 제품은 일반적인 약물보다 더 복잡한 약물입니다. 생물학적 제품은 일반 의약품보다 복잡하기 때문에 일반적인 형태가 아닌 바이오시밀러라고 불리는 형태가 있습니다. 일반적으로 바이오시밀러는 오리지널 생물학적 제품만큼 잘 작동하며 가격은 더 저렴할 수 있습니다. 일부 오리지널 생물학적 제품의 바이오시밀러 대체품이 있습니다. 일부 바이오시밀러는 상호 교환 가능한 바이오시밀러이며, 주법에 따라 포괄적 의약품을 브랜드 의약품으로 대체할 수 있는 것처럼 약국에서 새 처방전 없이 오리지널 생물학적 의약품으로 대체할 수 있습니다.

약품 유형에 대한 자세한 내용은 *회원 핸드북 5장*을 참조하세요.

B15. Central Health Medi-Medi Plan I은 비의약품 일반의약품을 보장하나요?

Central Health Medi-Medi Plan I은 의료 제공자가 처방전으로 작성한 일부 비의약품 OTC 제품에 대해 보장합니다.

보장되는 비약품 OTC 제품을 확인하려면 Central Health Medi-Medi 플랜 I *의약품 목록*을 읽어보시기 바랍니다.

B16. Central Health Medi-Medi Plan I은 처방전의 장기 공급을 보장하나요?

- **우편 주문 프로그램** 당사는 최대 100일 분량까지 처방약을 귀하의 가정으로 직접 배송할 수 있는 우편 주문 프로그램을 제공합니다. 100일 분량의 공동 부담금은 1개월 분량의 공동 부담금과 동일합니다.
- **100일 소매 약국 프로그램** 일부 소매 약국은 보장되는 처방약을 최대 100일 분량까지 제공할 수 있습니다. 100일 분량의 공동 부담금은 1개월 분량의 공동 부담금과 동일합니다.

B17. 지역 약국에서 처방전을 집으로 배달받을 수 있나요?

예. 지역 약국에서 처방전을 집으로 배달해 드릴 수 있습니다. 약국에 전화하여 택배 배송을 제공하는지 알아볼 수 있습니다.

B18. 자기부담금이란 무엇인가요?

가입자가 플랜의 규정을 준수하는 경우 처방약과 일반의약품 및 비의약품에 대해 Central Health Medi-Medi Plan I 가입자가 이용할 수 있습니다. 일반 의약품 및 비의약품 제품에 대한 자세한 내용은 질문 B15 및 B16을 참조하십시오.

단계는 저희 *의약품 목록*에 있는 의약품의 그룹입니다.

- 1등급 일반 의약품의 가입자 부담금은 \$0입니다.
- 1등급 브랜드 의약품은 가입자 본인 부담금이 \$0입니다.

모든 등급에는 본인 부담금이 없습니다.

일반 의약품은 가입자 본인 부담금이 \$0입니다.

질문이 있으시면 가입자 서비스 센터로 전화하세요: (800) 665-3086, TTY: 711, 10월 1일 ~ 3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오.

C. 보장 의약품 목록의 개요

*보장 약품 목록*은 Central Health Medi-Medi 플랜 I에서 보장하는 약품에 대한 정보를 제공합니다. 목록에서 해당 약품을 찾는 데 문제가 있는 경우 섹션 D에서 시작하는 보장 약품 색인을 참조하세요. 색인에는 Central Health Medi-Medi 플랜 I에서 보장하는 모든 약품이 알파벳순으로 나열되어 있습니다.

일부 일반 의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx에서 보장될 수 있습니다. 자세한 내용은 Medi-Cal Rx 웹 사이트(www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)를 방문하십시오. 또한 Medi-Cal Rx 고객 서비스 센터에 800-977-2273번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx를 통해 처방전을 받으실 때는 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC)를 지참해 주십시오.

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

파트 D에 따른 이의 제기

- 이의제기란 저희가 실수했다고 판단될 경우 회원님께서 회원님의 보장에 대한 결정을 재고하고 변경하기를 요청하는 공적인 방법입니다.
- 예를 들어, 저희가 회원님이 원하는 의약품을 Medicare 또는 Medi-Cal에서 보장하지 않거나 더 이상 보장하지 않도록 결정할 수 있습니다.
- 가입자 또는 처방자가 당사의 결정에 동의하지 않는 경우 이의를 제기할 수 있습니다. 질문이 있으시면 회원 서비스 센터에 (800) 665-3086번(TTY)으로 전화하세요: 711, 10월 1일 ~ 3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오.
- 또한 *회원 핸드북*의 **제9장**을 읽어보시면 결정에 이의 제기하는 방법에 대해 더 자세히 알 수 있습니다.
- 파트 D 의약품이 아닌 의약품은 이의 제기에 대한 규정이 다릅니다.

C1. 의료 상태별 의약품 목록

이 섹션의 의약품들은 치료를 위해 사용하는 의학적 상태의 유형에 따라 카테고리로 분류되어 있습니다. 예를 들어, 심장 질환이 있는 경우 심혈관계 카테고리를 살펴봐야 합니다. 해당 카테고리에서 심장 질환을 치료하기 위한 의약품들을 찾아볼 수 있습니다.

다음은 "사용 시 필수 항목, 제약 및 제한 사항" 열에 사용된 코드의 의미를 나타냅니다.

PA = 사전 승인(허가): 이 의약품을 받기 전에 승인을 받아야 합니다.

QL = 분량 제한: 플랜에서 보장하는 의약품의 양입니다.

ST = 단계적 치료법 조건: 이 의약품을 받기 이전에 다른 의약품을 반드시 복용해 보아야 합니다.

NM = 비 우편 주문: 이 의약품은 우편 주문을 통해 공급할 수 없습니다.

B/D = 이 의약품은 상황에 따라 Medicare 파트 B 또는 D로 보장될 수 있습니다.

LA = 제한 사항 적용 의약품: 이 의약품은 특정 약국에서만 판매될 수 있습니다.

_ = 비 파트 D 의약품 또는 메디케이드가 보장하는 일반 의약품 항목.

NDS = 비장기 공급: 받을 수 있는 공급 일수가 제한됩니다.

표의 첫 번째 열에는 약품 이름이 나열되어 있습니다. 일반 의약품은 소문자 이탤릭체로 표시(예: *메트포르민 hc*), 브랜드 의약품은 대문자로 표시(예: 자누비아 탭스), "필요한 조치, 제한 또는 사용 제한" 열의 정보를 통해 Central Health Medi-Medi 플랜 I에 해당 의약품 보장에 대한 규칙이 있는지 알 수 있습니다.

MOLINA_CY25_1T_SNP_PMOD eff 07/01/2025

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
-----------	-----------	---------------------

ANALGESICS
GOUT

<i>allopurinol</i> TABS 100mg, 300mg	1	
<i>colchicine</i> CAPS .6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>colchicine</i> TABS .6mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	1	
MITIGARE CAPS .6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>probenecid</i> TABS 500mg	1	

MISCELLANEOUS

<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	1	B/D
---	---	-----

NSAIDS

<i>celecoxib</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>celecoxib</i> CAPS 400mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>diclofenac potassium</i> TABS 50mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>diclofenac sodium</i> TB24 100mg; TBEC 25mg, 50mg, 75mg	1	
<i>diflunisal</i> TABS 500mg	1	
<i>etodolac</i> CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	1	
<i>flurbiprofen</i> TABS 100mg	1	
<i>ibu</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml; TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	1	
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	
<i>naproxen</i> TBEC 375mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>naproxen dr</i> TBEC 500mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>naproxen sodium</i> TABS 275mg, 550mg	1	
<i>piroxicam</i> CAPS 10mg, 20mg	1	
<i>sulindac</i> TABS 150mg, 200mg	1	

OPIOID ANALGESICS, LONG-ACTING

<i>buprenorphine</i> PTWK 5mcg/hr, 7.5mcg/hr, 10mcg/hr, 15mcg/hr, 20mcg/hr	1	QL (4 patches / 28 days), PA
<i>fentanyl</i> PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr, 87.5mcg/hr, 100mcg/hr	1	QL (10 patches / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocodone bitartrate</i> T24A 100mg, 120mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

07/01/2025

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml	1	QL (450 mL / 30 days), PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml	1	QL (90 mL / 30 days), PA
<i>morphine sulfate</i> TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
OXYCONTIN T12A 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
OPIOID ANALGESICS, SHORT-ACTING		
<i>acetaminophen w/ codeine soln</i> 120-12 mg/5ml	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-15 mg	1	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-30 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab</i> 300-60 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	1	
<i>endocet tab</i> 2.5-325mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 5-325mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 7.5-325mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab</i> 10-325mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen soln</i> 7.5-325 mg/15ml	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab</i> 10-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> 7.5-200 mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml	1	QL (600 mL / 30 days)
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	1	B/D
<i>morphine sulfate</i> SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> SOLN 100mg/5ml	1	QL (180 mL / 30 days)
<i>morphine sulfate</i> TABS 15mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>nalbuphine hcl</i> SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	1	
<i>oxycodone hcl</i> CONC 100mg/5ml	1	QL (180 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 2.5-325 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 5-325 mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 7.5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab</i> 10-325 mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab</i> 37.5-325 mg	1	QL (240 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTI-INFECTIVES		
ANTI-INFECTIVES - MISCELLANEOUS		
<i>albendazole</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (672 tabs / year), PA
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	1	
ARIKAYCE SUSP 590mg/8.4ml	1	NDS, NM, PA
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days), PA
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
CAYSTON SOLR 75mg	1	NDS, NM, PA
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	1	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	1	
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	1	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	1	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	1	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	1	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	1	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	1	NDS
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	1	NDS
EMVERM CHEW 100mg	1	NDS, QL (12 tabs / year)
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.2 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.6 mg/ml	1	
<i>gentamicin in saline inj</i> 2 mg/ml	1	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	1	
IMPAVIDO CAPS 50mg	1	NDS, PA
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	1	QL (12 tabs / 90 days), PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	1	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	1	NDS, QL (1800 mL / 30 days)
<i>linezolid</i> TABS 600mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LINEZOLID INJ 2MG/ML	1	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	1	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	1	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	1	
<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (6 tabs / 30 days)
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	1	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	1	
<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	1	B/D
<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	1	
<i>polymyxin b sulfate</i> SOLR 500000unit	1	
<i>praziquantel</i> TABS 600mg	1	
<i>pyrimethamine</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	1	NDS
<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	1	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	1	
<i>tinidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	
TOBI PODHALER CAPS 28mg	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	1	NDS, NM, PA
<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	1	
<i>trimethoprim</i> TABS 100mg	1	
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	1	QL (80 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	1	QL (160 caps / 180 days)
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 1.25gm, 1.5gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	1	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	1	
VANCOMYCIN INJ 500MG	1	
VANCOMYCIN INJ 750MG	1	
ANTIFUNGALS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	1	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	1	B/D

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>amphotericin b liposome</i> SUSR 50mg	1	NDS, B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	1	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	1	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	1	NDS, PA
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	1	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	1	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	1	PA
<i>micafungin sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	1	
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	1	
<i>posaconazole</i> SUSP 40mg/ml	1	NDS, QL (630 mL / 30 days), PA
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	1	NDS, QL (93 tabs / 30 days), PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies after a 90 day supply in a calendar year
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg	1	PA
<i>voriconazole</i> SUSR 40mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 28 days), PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	1	QL (480 tabs / 30 days)
<i>voriconazole</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
ANTIMALARIALS		
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 62.5-25 mg	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab</i> 250-100 mg	1	
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 250mg, 500mg	1	
COARTEM TAB 20-120MG	1	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	1	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 26.3mg	1	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	1	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	1	PA
ANTIRETROVIRAL AGENTS		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml; TABS 300mg	1	NM
APTIVUS CAPS 250mg	1	NDS, NM
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	1	NM
<i>darunavir</i> TABS 600mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>darunavir</i> TABS 800mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM
EDURANT TABS 25mg	1	NDS, NM
<i>efavirenz</i> TABS 600mg	1	NM
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	1	NM
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	1	NM
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	1	NDS, NM
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	1	NDS, NM
FUZEON SOLR 90mg	1	NDS, NM
INTELENCE TABS 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 25mg	1	NM
ISENTRESS CHEW 100mg; PACK 100mg; TABS 400mg	1	NDS, NM
ISENTRESS HD TABS 600mg	1	NDS, NM
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	1	NM
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	1	NDS, NM
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TABS 200mg; TB24 400mg	1	NM
NORVIR PACK 100mg	1	NM
PIFELTRO TABS 100mg	1	NDS, NM
PREZISTA SUSP 100mg/ml	1	NDS, QL (400 mL / 30 days), NM
PREZISTA TABS 75mg	1	QL (480 tabs / 30 days), NM
PREZISTA TABS 150mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM
REYATAZ PACK 50mg	1	NDS, NM
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	1	NM
RUKOBIA TB12 600mg	1	NDS, NM
SELZENTRY SOLN 20mg/ml	1	NDS, NM
SUNLENCA TABS 300mg; TBPK 300mg	1	NDS, NM
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	1	NM
TIVICAY TABS 10mg	1	NM
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	1	NDS, NM
TIVICAY PD TBSO 5mg	1	NDS, NM
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	1	NDS, NM
TYBOST TABS 150mg	1	NM
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	1	NDS, NM
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	NDS, NM
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	1	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab</i> 600-300 mg	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NDS, NM

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	1	NDS, NM
CIMDUO TAB 300-300	1	NDS, NM
COMPLERA TAB	1	NDS, NM
DELSTRIGO TAB	1	NDS, NM
DESCOVY TAB 120-15MG	1	NDS, NM
DESCOVY TAB 200/25MG	1	NDS, NM
DOVATO TAB 50-300MG	1	NDS, NM
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	1	NDS, NM
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	1	NM
EVOTAZ TAB 300-150	1	NDS, NM
GENVOYA TAB	1	NDS, NM
JULUCA TAB 50-25MG	1	NDS, NM
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	1	NM
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	1	NM
ODEFSEY TAB	1	NDS, NM
PREZCOBIX TAB 800-150	1	NDS, NM
STRIBILD TAB	1	NDS, NM
SYMTUZA TAB	1	NDS, NM
TRIUMEQ PD TAB	1	NM
TRIUMEQ TAB	1	NDS, NM
ANTITUBERCULAR AGENTS		
<i>cycloserine CAPS 250mg</i>	1	NDS
<i>ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg</i>	1	
<i>isoniazid SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg</i>	1	
<i>PRIFTIN TABS 150mg</i>	1	
<i>pyrazinamide TABS 500mg</i>	1	
<i>rifabutin CAPS 150mg</i>	1	
<i>rifampin CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg</i>	1	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	1	NDS, NM, PA
TRECTOR TABS 250mg	1	
ANTIVIRALS		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; SUSP 200mg/5ml; TABS 400mg, 800mg	1	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	1	NM
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	1	NDS, NM, ST
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	1	NM
EPCLUSA PAK 150-37.5	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	1	NDS, NM, PA
EPCLUSA TAB 400-100	1	NDS, NM, PA
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	1	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	1	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI PAK 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 45-200MG	1	NDS, NM, PA
HARVONI TAB 90-400MG	1	NDS, NM, PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	1	NM
LIVTENCITY TABS 200mg	1	NDS, QL (336 tabs / 28 days), NM, PA
MAVYRET PAK 50-20MG	1	NDS, NM, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	1	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	1	QL (168 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	1	QL (84 caps / year)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	1	QL (1080 mL / year)
PAXLOVID PAK	1	QL (22 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 150-100	1	QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	1	QL (60 tabs / 90 days)
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	1	QL (6 inhalers / year)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg; TABS 200mg	1	NM
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	1	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	1	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	1	NDS
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	1	
VOSEVI TAB	1	NDS, NM, PA
XOFLUZA TBPB 40mg, 80mg	1	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg; SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	1	
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	1	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	1	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 3gm, 10gm, 500mg	1	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/50ML-2%	1	
CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%	1	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefixime</i> CAPS 400mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	1	
<i>cefotetan disodium</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml; TABS 100mg, 200mg	1	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	1	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	1	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	1	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	1	NDS
ERYTHROMYCINS/MACROLIDES		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	1	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	1	NDS
<i>e.e.s. 400</i> TABS 400mg	1	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	1	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	1	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	1	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>erythromycin lactobionate SOLR 500mg</i>	1	
FLUOROQUINOLONES		
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>levofloxacin SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	1	
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl TABS 400mg</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	1	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	1	
<i>ampicillin CAPS 500mg</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	1	
<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>	1	
<i>ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg</i>	1	
<i>BICILLIN L-A SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml</i>	1	
<i>dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	1	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	1	NDS
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	1	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	1	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	1	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	1	
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj</i> 3.375 gm (3-0.375 gm)	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 2.25 gm (2-0.25 gm)	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 4.5 gm (4-0.5 gm)	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 13.5 gm (12-1.5 gm)	1	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj</i> 40.5 gm (36-4.5 gm)	1	
TETRACYCLINES		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	1	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg; SUSR 25mg/5ml; TABS 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; SOLR 100mg; TABS 20mg, 100mg	1	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	1	
NUZYRA SOLR 100mg	1	NDS, NM
NUZYRA TABS 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 14 days), NM
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	1	NDS
ANTINEOPLASTIC AGENTS		
ALKYLATING AGENTS		
BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	1	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	1	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg; SOLR 1gm, 500mg	1	B/D

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	1	NDS, B/D, NM
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml, 500mg/5ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml	1	NDS, B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 2gm	1	NDS, B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	1	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	1	NDS, B/D
FRINDOVYX SOLN 1gm/2ml, 2gm/4ml, 500mg/ml	1	NDS, B/D, NM
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	1	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	1	NDS, NM
LEUKERAN TABS 2mg	1	NDS
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	1	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	1	NDS, B/D
VIVIMUSTA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, B/D, NM
ANTIMETABOLITES		
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	1	NDS, B/D, NM
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	1	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	1	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	1	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	1	NDS, QL (5 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 15-6.14	1	NDS, QL (100 tabs / 28 days), NM, PA
LONSURF TAB 20-8.19	1	NDS, QL (80 tabs / 28 days), NM, PA
<i>mercaptopurine</i> SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	1	
<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	1	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	1	NDS, QL (14 tabs / 28 days), NM, PA
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	1	NDS, B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
TABLOID TABS 40mg	1	NDS
HORMONAL ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>abiraterone acetate</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>abirtega</i> TABS 250mg	1	QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 50/500MG	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AKEEGA TAB 100/500	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	1	
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	1	
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	1	NM, PA
ERLEADA TABS 60mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ERLEADA TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
EULEXIN CAPS 125mg	1	NDS
<i>exemestane</i> TABS 25mg	1	
FIRMAGON SOLR 80mg	1	NM, PA
FIRMAGON SOLR 120mg/vial	1	NDS, NM, PA
<i>fulvestrant</i> SOSY 250mg/5ml	1	NDS, B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	1	
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	1	NM, PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	1	NDS, NM, PA
LYSODREN TABS 500mg	1	NDS, NM
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	1	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	1	NDS
NUBEQA TABS 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
ORGOVYX TABS 120mg	1	NDS, NM, PA
ORSERDU TABS 86mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
ORSERDU TABS 345mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	1	NDS
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	1	PA
XTANDI CAPS 40mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 40mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
XTANDI TABS 80mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
<i>lenalidomide</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	1	NDS, QL (28 caps / 28 days), NM, PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>lenalidomide</i> CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 50mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 100mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
MISCELLANEOUS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> SUSP 2mg/ml	1	NDS, B/D
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	1	
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	1	B/D
IWILFIN TABS 192mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
MATULANE CAPS 50mg	1	NDS, NM
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	1	NDS
WELIREG TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	1	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D
DOCIVYX SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	1	NDS, B/D, NM
<i>etoposide</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml, 500mg/25ml	1	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	1	B/D
<i>paclitaxel inj</i> 100mg	1	NDS, B/D, NM
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	1	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	1	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG TABS 30mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ALUNBRIG TABS 90mg, 180mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ALUNBRIG PAK	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 40mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
AUGTYRO CAPS 160mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BALVERSA TABS 3mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 4mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
BALVERSA TABS 5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg	1	NM, PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	1	NDS, NM, PA
BOSULIF CAPS 50mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
BOSULIF CAPS 100mg	1	NDS, QL (150 caps / 25 days), NM, PA
BOSULIF TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
BOSULIF TABS 400mg, 500mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
BRUKINSA CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
CALQUENCE CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
CALQUENCE TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
CAPRELSA TABS 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 100MG	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COMETRIQ KIT 140MG	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	1	NDS, QL (56 caps / 28 days), NM, PA
COTELLIC TABS 20mg	1	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
DANZITEN TABS 71mg, 95mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>dasatinib</i> TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 25mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
DAURISMO TABS 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 2mg	1	NDS, QL (150 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 3mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>everolimus</i> TBSO 5mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 1mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
FRUZAQLA CAPS 5mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
GAVRETO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
<i>gefitinib</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 1mg	1	NDS, QL (168 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI CAPS 2mg	1	NDS, QL (84 caps / 28 days), NM, PA
GOMEKLI TBSO 1mg	1	NDS, QL (168 tabs / 28 days), NM, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	1	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NDS, NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 caps / 28 days), NM, PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IDHIFA TABS 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 100mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>imatinib mesylate</i> TABS 400mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 70mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA CAPS 140mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	1	NDS, QL (216 mL / 27 days), NM, PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
IMKELDI SOLN 80mg/ml	1	NDS, QL (280 mL / 28 days), NM, PA
INLYTA TABS 1mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
INLYTA TABS 5mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
INREBIC CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 3mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ITOVEBI TABS 9mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 50mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
JAYPIRCA TABS 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	1	NDS, B/D, NM
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	1	NDS, NM, PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (21 tabs / 28 days), NM, PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
KISQALI 200 PAK FEMARA	1	NDS, QL (49 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	1	NDS, QL (70 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (63 tabs / 28 days), NM, PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	1	NDS, QL (91 tabs / 28 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 10mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
KOSELUGO CAPS 25mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
KRAZATI TABS 200mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 80mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
LAZCLUZE TABS 240mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 14 MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 18 MG	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LENVIMA CAP 24 MG	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 25mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
LORBRENA TABS 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 120mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 240mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LUMAKRAS TABS 320mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) TBPK 4mg	1	NDS, QL (140 tabs / 28 days), NM, PA
MEKINIST SOLR .05mg/ml	1	NDS, QL (1260 mL / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
MEKINIST TABS .5mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
MEKTOVI TABS 15mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
MONJUVI SOLR 200mg	1	NDS, NM, PA
NERLYNX TABS 40mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	1	NDS, QL (3 caps / 28 days), NM, PA
ODOMZO CAPS 200mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
OGIVRI SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
OGSIVEO TABS 50mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
OGSIVEO TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
OJEMDA SUSR 25mg/ml	1	NDS, QL (96 mL / 28 days), NM, PA
OJEMDA TABS 100mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
pazopanib hcl TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PHESGO SOL	1	NDS, NM, PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days), NM, PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
QINLOCK TABS 50mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 40mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO CAPS 80mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 25mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 110mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
REVUFORJ TABS 160mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
REZLIDHIA CAPS 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ROMVIMZA CAPS 14mg, 20mg, 30mg	1	NDS, QL (8 caps / 28 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 100mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK CAPS 200mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
ROZLYTREK PACK 50mg	1	NDS, QL (336 packets / 28 days), NM, PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
RYDAPT CAPS 25mg	1	NDS, QL (224 caps / 28 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 40mg	1	NDS, QL (300 tabs / 30 days), NM, PA
SCEMBLIX TABS 100mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
STIVARGA TABS 40mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TAFINLAR TBSO 10mg	1	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
TALZENNA CAPS .25mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
TASIGNA CAPS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (112 caps / 28 days), NM, PA
TAZVERIK TABS 200mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TECENTRIQ INJ HYBREZA	1	NDS, QL (1 vial / 21 days), NM, PA
TEPMETKO TABS 225mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TIBSOVO TABS 250mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
torpenz TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	1	NDS, NM, PA
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	1	NDS, QL (64 tabs / 28 days), NM, PA
TRUQAP TBPK 160mg, 200mg	1	NDS, QL (4 packs / 28 days), NM, PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	1	NDS, NM, PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
TURALIO CAPS 125mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 10mg	1	QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 50mg	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
VENCLEXTA TABS 100mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VENCLEXTA TAB START PK	1	NDS, QL (42 tabs / 28 days), NM, PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VITRAKVI CAPS 25mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI CAPS 100mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
VITRAKVI SOLN 20mg/ml	1	NDS, QL (300 mL / 30 days), NM, PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
VONJO CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
VORANIGO TABS 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg; CPSP 50mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 20mg	1	NDS, QL (240 caps / 30 days), NM, PA
XALKORI CPSP 150mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
XOSPATA TABS 40mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPk 10mg	1	NDS, QL (16 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) TBPk 60mg	1	NDS, QL (4 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	1	NDS, QL (24 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) TBPk 40mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) TBPk 20mg	1	NDS, QL (32 tabs / 28 days), NM, PA
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) TBPk 50mg	1	NDS, QL (8 tabs / 28 days), NM, PA
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
ZELBORAF TABS 240mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), NM, PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	1	NDS, NM, PA
ZOLINZA CAPS 100mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ZYKADIA TABS 150mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
PROTECTIVE AGENTS		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	1	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 25mg	1	
<i>mesna</i> TABS 400mg	1	NDS
MESNEX TABS 400mg	1	NDS
CARDIOVASCULAR		
ACE INHIBITOR COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	1	
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	
ACE INHIBITORS		
<i>benazepril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>captopril</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>enalapril maleate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	
ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ALPHA BLOCKERS		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	1	
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	1	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 5-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-20 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab</i> 10-40 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 5-320 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-160 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>amlodipine besylate-valsartan tab</i> 10-320 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 16-12.5 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 32-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab</i> 32-25 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ENTRESTO CAP 6-6MG	1	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO CAP 15-16MG	1	QL (240 caps / 30 days)
ENTRESTO TAB 24-26MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 49-51MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
ENTRESTO TAB 97-103MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i> 150-12.5 mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i> 300-12.5 mg	1	QL (30 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	1	
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan TABS 320mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTIARRHYTHMICS		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 150mg/3ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	1	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	1	NM
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
MULTAQ TABS 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg; TABS 150mg, 225mg, 300mg	1	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	1	
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	1	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	1	
ANTILIPEMICS, FIBRATES		
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	1	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	1	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	
ANTILIPEMICS, HMG-CoA REDUCTASE INHIBITORS		
<i>atorvastatin calcium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lovastatin</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTILIPEMICS, MISCELLANEOUS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	1	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm; TABS 1gm	1	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	1	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLETOL TABS 180mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
NEXLIZET TAB 180/10MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	1	PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	1	
REPATHA SOSY 140mg/ml	1	NM, PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SOCT 420mg/3.5ml	1	NM, PA
REPATHA SURECLICK SOAJ 140mg/ml	1	NM, PA
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	1	
BETA-BLOCKER/DIURETIC COMBINATIONS		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	1	
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	1	
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	1	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	1	
BETA-BLOCKERS		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	1	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>betaxolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	1	
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	1	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg; SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml; TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	1	
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	1	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	1	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	1	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	1	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	1	
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	1	
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 180mg, 200mg, 240mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml; TABS 40mg, 80mg, 120mg; TBCR 120mg, 180mg, 240mg	1	
DIURETICS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	1	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	1	
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	1	
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	1	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	1	
<i>torsemide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	1	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	
CORLANOR SOLN 5mg/5ml	1	QL (450 mL / 30 days)
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	1	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>ivabradine hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	1	
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	1	
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	1	
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	
NITRO-BID OINT 2%	1	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	1	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION		
<i>alyq</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>ambrisentan</i> TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg, 125mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OPSUMIT TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	QL (360 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
CENTRAL NERVOUS SYSTEM		
ANTI-ANXIETY		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg, 30mg	1	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
<i>lorazepam</i> SOLN 4mg/ml, 20mg/10ml	1	
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml	1	QL (150 mL / 30 days)
ANTIDEMENTIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	1	
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	1	QL (200 mL / 30 days)
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	1	PA; PA applies if 29 years and younger
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg</i>	1	
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	1	
NAMZARIC CAP 7-10MG	1	
NAMZARIC CAP 14-10MG	1	
NAMZARIC CAP 21-10MG	1	
NAMZARIC CAP 28-10MG	1	
NAMZARIC CAP PACK	1	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	1	QL (30 patches / 30 days)
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg	1	QL (60 caps / 30 days)
ANTIDEPRESSANTS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
AUVELITY TAB 45-105MG	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg	1	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl</i> TB24 300mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml; TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg; CONC 10mg/ml	1	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg	1	QL (60 caps / 30 days)
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days), PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
FETZIMA CP24 20mg, 40mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA
FETZIMA CAP TITRATIO	1	QL (2 packs / year), PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg; SOLN 20mg/5ml	1	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	
MARPLAN TABS 10mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 30mg, 45mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	1	
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	1	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg; SOLN 10mg/5ml	1	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	1	
<i>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
RALDESY SOLN 10mg/ml	1	QL (1800 mL / 30 days), PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml; TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	1	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	1	QL (60 caps / 30 days)
TRINTELLIX TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg; TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	1	NDS, QL (28 caps / 14 days), NM, PA
ZURZUVAE CAPS 30mg	1	NDS, QL (14 caps / 14 days), NM, PA
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml; TABS 100mg	1	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	1	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	1	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	1	
INBRIJA CAPS 42mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	1	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	1	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
ANTIPSYCHOTICS		
ABILIFY ASIMTUFII PRSY 720mg/2.4ml, 960mg/3.2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	1	NDS, QL (1 injection / 28 days)
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	1	NDS, QL (1 syringe / 56 days)
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	1	NDS
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl</i> CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	1	
<i>clozapine</i> TABS 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TABS 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	1	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg	1	QL (270 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
COBENFY CAP 50-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY CAP 100-20MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
COBENFY CAP 125-30MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
COBENFY STRT CAP PACK	1	NDS, QL (2 packs / year), PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
FANAPT PAK	1	QL (2 packs / year), PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	1	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	1	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	1	
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	1	NDS, QL (1 injection / 180 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml	1	QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days)
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	1	NDS, QL (1 syringe / 90 days)
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>lurasidone hcl</i> TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>lurasidone hcl</i> TABS 80mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 5-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 10-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 15-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
LYBALVI TAB 20-10MG	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	1	
NUPLAZID CAPS 34mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
NUPLAZID TABS 10mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg	1	QL (3 vials / 1 day)
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days), ST

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
OPIPZA FILM 2mg, 5mg	1	NDS, QL (30 films / 30 days), PA
OPIPZA FILM 10mg	1	NDS, QL (90 films / 30 days), PA
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>paliperidone</i> TB24 6mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	1	
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	1	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days)
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	1	
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP 4mg	1	QL (120 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg	1	QL (90 tabs / 30 days), ST
<i>risperidone microspheres</i> SRER 12.5mg, 25mg	1	QL (2 injections / 28 days)
<i>risperidone microspheres</i> SRER 37.5mg, 50mg	1	NDS, QL (2 injections / 28 days)
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr	1	NDS, QL (30 patches / 30 days)
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	1	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
VRAYLAR CAPS 1.5mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days)
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg	1	QL (6 injections / 3 days)
ANTISEIZURE AGENTS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
APTIOM TABS 600mg, 800mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
BRIVIACT SOLN 10mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg, 200mg; CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TABS 200mg; TB12 100mg, 200mg, 400mg	1	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg; TBDP 2mg	1	QL (300 tabs / 30 days)
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg; TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
DIACOMIT CAPS 250mg	1	NDS, QL (360 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT CAPS 500mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 250mg	1	NDS, QL (360 packets / 30 days), NM, PA
DIACOMIT PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (1200 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	1	
<i>diazepam intensol</i> CONC 5mg/ml	1	QL (240 mL / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older when greater than 5 day supply
DILANTIN CAPS 30mg	1	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	1	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml	1	NDS, QL (600 mL / 30 days), NM, PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	1	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	1	QL (480 mL / 30 days), PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg; SOLN 250mg/5ml	1	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml; TABS 400mg, 600mg	1	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml	1	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml	1	NDS, QL (720 mL / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg	1	QL (360 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg	1	QL (270 caps / 30 days)
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml, 300mg/6ml	1	QL (2160 mL / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 600mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>gabapentin</i> TABS 800mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	1	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>lacosamide oral</i> SOLN 10mg/ml	1	QL (1200 mL / 30 days)
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg; TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg	1	ST
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml, 500mg/5ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	1	
LEVETIRACETAM TB3D 250mg	1	QL (360 tabs / 30 days)

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	1	
<i>methsuximide CAPS 300mg</i>	1	
<i>NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml</i>	1	QL (10 nasal units per 30 days)
<i>oxcarbazepine SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg</i>	1	
<i>phenobarbital ELIX 20mg/5ml</i>	1	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium SOLN 65mg/ml, 130mg/ml</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenytek CAPS 200mg, 300mg</i>	1	
<i>phenytoin CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml</i>	1	
<i>phenytoin sodium SOLN 50mg/ml</i>	1	
<i>phenytoin sodium extended CAPS 100mg, 200mg, 300mg</i>	1	
<i>pregabalin CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg</i>	1	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin CAPS 200mg</i>	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin CAPS 225mg, 300mg</i>	1	QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin SOLN 20mg/ml</i>	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone TABS 50mg, 125mg, 250mg</i>	1	
<i>roweepra TABS 500mg</i>	1	
<i>rufinamide SUSP 40mg/ml</i>	1	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide TABS 200mg</i>	1	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide TABS 400mg</i>	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
<i>SPRITAM TB3D 250mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>SPRITAM TB3D 500mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>SPRITAM TB3D 750mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>SPRITAM TB3D 1000mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg</i>	1	
<i>SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	NDS, QL (60 films / 30 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	1	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg, 50mg; TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml, 250mg/5ml	1	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	1	
VALTOCO 5 MG DOSE LIQD 5mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 10 MG DOSE LIQD 10mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE LQPK 7.5mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE LQPK 10mg/0.1ml	1	QL (10 blister packs per 30 days)
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
<i>vigadrone</i> TABS 500mg	1	NDS, QL (180 tabs / 30 days), NM, PA
VIGAFYDE SOLN 100mg/ml	1	NDS, QL (900 mL / 30 days), NM, PA
<i>vigpoder</i> PACK 500mg	1	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, PA
XCOPRI TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days)
XCOPRI TABS 150mg, 200mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days)
XCOPRI PAK 12.5-25	1	QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 50-100MG	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE)	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days)
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION)	1	NDS, QL (28 tabs / 28 days)
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	1	NDS, QL (900 mL / 30 days), PA
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
ZTALMY SUSP 50mg/ml	1	NDS, QL (1100 mL / 30 days), NM, PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i>	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i>	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i>	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 4mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 3mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i>	1	QL (900 mL / 30 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg; TBCR 10mg, 20mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA
HYPNOTICS		
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>doxepin hcl (sleep)</i> TABS 3mg, 6mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>eszopiclone</i> TABS 1mg, 2mg, 3mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>tasimelteon</i> CAPS 20mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>temazepam</i> CAPS 7.5mg, 30mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>temazepam</i> CAPS 15mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 65 years and older
<i>zaleplon</i> CAPS 5mg	1	QL (30 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zaleplon</i> CAPS 10mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
<i>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 90 day supply in a calendar year
MIGRAINE		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	1	QL (1 pen / 30 days), NM, PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	1	NDS, QL (8 mL / 30 days), PA
EMGALITY SOAJ 120mg/ml	1	QL (2 pens / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 100mg/ml	1	QL (3 syringes / 30 days), NM, PA
EMGALITY SOSY 120mg/ml	1	QL (2 syringes / 30 days), NM, PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	1	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg</i>	1	QL (12 tabs / 30 days)
NURTEC TBDP 75mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg</i>	1	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan SOLN 5mg/act</i>	1	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan SOLN 20mg/act</i>	1	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml</i>	1	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml</i>	1	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	QL (12 tabs / 30 days)
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	1	QL (16 tabs / 30 days), PA
MISCELLANEOUS		
AUSTEDO TABS 6mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 6mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 12mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 18mg, 24mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
<i>lithium SOLN 8meq/5ml</i>	1	
<i>lithium carbonate CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg</i>	1	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide TABS 60mg</i>	1	
<i>riluzole TABS 50mg</i>	1	
<i>tetrabenazine TABS 12.5mg</i>	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine TABS 25mg</i>	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS		
BAFIERTAM CPDR 95mg	1	NDS, QL (120 caps / 30 days), NM, PA
BETASERON KIT .3mg	1	NDS, QL (14 syringes / 28 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
COPAXONE SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
<i>fingolimod hcl</i> CAPS .5mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml	1	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml	1	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS		
<i>baclofen</i> TABS 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>baclofen</i> TABS 10mg, 20mg	1	
<i>carisoprodol</i> TABS 350mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>cyclobenzaprine hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (90 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>dantrolene sodium</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>methocarbamol</i> TABS 500mg	1	QL (360 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>methocarbamol</i> TABS 750mg	1	QL (240 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>tizanidine hcl</i> TABS 2mg, 4mg	1	
<i>NARCOLEPSY/CATAPLEXY</i>		
<i>armodafinil</i> TABS 50mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>armodafinil</i> TABS 150mg, 200mg, 250mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>modafinil</i> TABS 200mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	1	NDS, QL (540 mL / 30 days), NM, PA
<i>PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC</i>		
<i>acamprosate calcium</i> TBEC 333mg	1	
<i>buprenorphine hcl</i> SUBL 2mg, 8mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)</i>	1	QL (60 films / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	1	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml	1	
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	1	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	1	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	1	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (56 tabs / 28 days)
<i>varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	1	QL (2 packs / year)
VIVITROL SUSR 380mg	1	NDS, NM

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ENDOCRINE AND METABOLIC		
ANDROGENS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	1	
<i>depo-testosterone</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>methyltestosterone</i> CAPS 10mg	1	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	1	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	1	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	1	PA
<i>testosterone pump</i> GEL 1.62%	1	QL (150 gm / 30 days), PA
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>FARXIGA</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride</i> TABS 4mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 5mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TABS 10mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide</i> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>GLYXAMBI</i> TAB 10-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>GLYXAMBI</i> TAB 25-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>JANUMET</i> TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>JANUMET</i> TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>JANUMET XR</i> TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>JANUMET XR</i> TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>JANUMET XR</i> TAB 100-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>JANUVIA</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>JARDIANCE</i> TABS 10mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>JENTADUETO</i> TAB 2.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>JENTADUETO</i> TAB 2.5-850	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>JENTADUETO</i> TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>JENTADUETO</i> TAB XR 2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>JENTADUETO</i> TAB XR 5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg	1	QL (90 tabs / 30 days)

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg	1	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg	1	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg	1	QL (60 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
MOUNJARO SOAJ 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days), PA
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8mg/3ml	1	QL (1 pen / 28 days), PA
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-500 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl tab 15-850 mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS 2mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
SYNJARDY TAB 5-500MG	1	QL (120 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 10-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
SYNJARDY XR TAB 25-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRADJENTA TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
TRULICITY SOAJ .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	1	QL (4 pens / 28 days), PA
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-500MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
XIGDUO XR TAB 10-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
ANTIDIABETICS, INSULINS		
ADMELOG SOLN 100unit/ml	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	1	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	1	
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	1	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQUR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	1	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQUR SIMPL MIS INSERTER	1	QL (2 inserters / year), PA
FIASP SOLN 100unit/ml	1	
FIASP FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml	1	
FIASP PENFILL SOCT 100unit/ml	1	
FIASP PUMPCART SOCT 100unit/ml	1	B/D
GAUZE PADS 2" X 2"	1	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml	1	NDS, B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml	1	NDS
INSULIN PEN NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SAFETY NEEDLES: BD-EMBECTA	1	PA
INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA	1	PA
NOVOLIN INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN INJ 70/30 FP	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ 70/30	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	1	(brand RELION not covered)
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml	1	(brand RELION not covered)
OMNIPOD 5 DX KIT INT G7G6	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 DX MIS POD G7G6	1	QL (15 pods / 30 days), PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD 5 LB KIT INTRO G6	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD 5 LB MIS PODS G6	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO	1	QL (1 kit / year), PA
OMNIPOD DASH MIS PODS	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	1	QL (15 pods / 30 days), PA
OMNIPOD MIS CLASSIC	1	QL (15 pods / 30 days), PA
SOLIQUA INJ 100/33	1	QL (5 pens / 25 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TOUJEO SOLOSTAR SOPN 300unit/ml	1	
TRESIBA SOLN 100unit/ml	1	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml	1	
XULTOPHY INJ 100/3.6	1	QL (5 pens / 30 days)
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	1	ST
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	1	B/D
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	1	B/D
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	1	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml	1	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml	1	QL (1 syringe / 180 days), NM
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	1	
<i>risedronate sodium</i> TBEC 35mg	1	ST
TERIPARATIDE SOPN 620mcg/2.48ml	1	NDS, NM, PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	1	NDS, NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	1	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	1	NDS
deferasirox TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 125mg	1	NM, PA
deferasirox TBSO 250mg, 500mg	1	NDS, NM, PA
kionex SUSP 15gm/60ml	1	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	1	
penicillamine TABS 250mg	1	NDS, NM
sodium polystyrene sulfonate powder	1	
sps SUSP 15gm/60ml	1	
sps rectal SUSP 15gm/60ml	1	
trientine hcl CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA
CONTRACEPTIVES		
afirmelle	1	
altavera	1	
alyacen 1/35	1	
alyacen 7/7/7	1	
amethia	1	
amethyst	1	
apri	1	
aranelle	1	
ashlyna	1	
aubra eq	1	
aurovela 1/20	1	
aurovela 24 fe	1	
aurovela fe 1.5/30	1	
aurovela fe 1/20	1	
aviane	1	
ayuna	1	
azurette	1	
balziva	1	
blisovi 24 fe	1	
blisovi fe 1.5/30	1	
briellyn	1	
camila TABS .35mg	1	
camrese	1	
camrese lo	1	
chateal eq	1	
cryselle-28	1	
cyred eq	1	
dasetta 1/35	1	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>dasetta 7/7/7</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	1	
<i>DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml</i>	1	
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	1	
<i>dolishale</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	1	
<i>elinest</i>	1	
<i>eluryng</i>	1	
<i>emzahh TABS .35mg</i>	1	
<i>enilloring</i>	1	
<i>enpresse-28</i>	1	
<i>enskyce</i>	1	
<i>errin TABS .35mg</i>	1	
<i>estarylla</i>	1	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	1	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	1	
<i>falmina</i>	1	
<i>feirza 1.5/30</i>	1	
<i>feirza 1/20</i>	1	
<i>finzala</i>	1	
<i>hailey 1.5/30</i>	1	
<i>hailey 24 fe</i>	1	
<i>haloette</i>	1	
<i>heather TABS .35mg</i>	1	
<i>iclevia</i>	1	
<i>incassia TABS .35mg</i>	1	
<i>introvale</i>	1	
<i>isibloom</i>	1	
<i>jasmiel</i>	1	
<i>jolessa</i>	1	
<i>juleber</i>	1	
<i>junel 1.5/30</i>	1	
<i>junel 1/20</i>	1	
<i>junel fe 1.5/30</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>june1 fe 1/20</i>	1	
<i>june1 fe 24</i>	1	
<i>kaitlib fe</i>	1	
<i>kariva</i>	1	
<i>kelnor 1/35</i>	1	
<i>kelnor 1/50</i>	1	
<i>kurvelo</i>	1	
<i>larin 1.5/30</i>	1	
<i>larin 1/20</i>	1	
<i>larin 24 fe</i>	1	
<i>larin fe 1.5/30</i>	1	
<i>larin fe 1/20</i>	1	
<i>layolis fe</i>	1	
<i>lessina</i>	1	
<i>levonest</i>	1	
<i>levonor-eth est tab 0.15-0.02/0.025/0.03 mg &eth est 0.01 mg</i>	1	
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	1	
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i>	1	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>	1	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg- 30 mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075- 40/0.125-30mg-mcg</i>	1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90-20 mcg</i>	1	
<i>levora 0.15/30-28</i>	1	
<i>LILETTA IUD 20.1mcg/day</i>	1	NM
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	1	
<i>loestrin 1/20-21</i>	1	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	1	
<i>loestrin fe 1/20</i>	1	
<i>loryna</i>	1	
<i>low-ogestrel</i>	1	
<i>lutra</i>	1	
<i>lyleq TABS .35mg</i>	1	
<i>lyza TABS .35mg</i>	1	
<i>marlissa</i>	1	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	1	
<i>mibelas 24 fe</i>	1	
<i>microgestin 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin 1/20</i>	1	
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin fe 1/20</i>	1	
<i>mili</i>	1	
<i>mono-lynyah</i>	1	
<i>necon 0.5/35-28</i>	1	
NEXPLANON IMPL 68mg	1	NM
<i>nikki</i>	1	
<i>nora-be TABS .35mg</i>	1	
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35</i> <i>mcg/24hr</i>	1	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab</i> <i>0.4 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-</i> <i>30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-</i> <i>20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1</i> <i>mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1</i> <i>mg-20 mcg (24)</i>	1	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35</i> <i>mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-</i> <i>25/0.25-25 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-</i> <i>35/0.25-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norlyroc TABS .35mg</i>	1	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	1	
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	1	
<i>nortrel 7/7/7</i>	1	
<i>nylia 1/35</i>	1	
<i>nylia 7/7/7</i>	1	
<i>ocella</i>	1	
<i>philith</i>	1	
<i>pimtrea</i>	1	
<i>portia-28</i>	1	
<i>reclipsen</i>	1	
<i>rivelsa</i>	1	
<i>setlakin</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>sharobel</i> TABS .35mg	1	
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec</i> 28	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina</i> 24 fe	1	
<i>tarina</i> fe 1/20 eq	1	
<i>tilia</i> fe	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest</i> fe	1	
<i>tri-linyah</i>	1	
<i>tri-lo-estarylla</i>	1	
<i>tri-lo-marzia</i>	1	
<i>tri-lo-mili</i>	1	
<i>tri-lo-sprintec</i>	1	
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra</i> lo	1	
<i>trivora</i> -28	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>tydemy</i>	1	
<i>valtya</i> 1/50	1	
<i>velivet</i>	1	
<i>vestura</i>	1	
<i>vienva</i>	1	
<i>viorele</i>	1	
<i>vyfemla</i>	1	
<i>vylibra</i>	1	
<i>wera</i>	1	
<i>wymzya</i> fe	1	
<i>xarah</i> fe	1	
<i>xelria</i> fe	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia</i> 1/35	1	
<i>zumandimine</i>	1	
ESTROGENS		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr; TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	1	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	1	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm; TABS 10mcg	1	
<i>estradiol valerate</i> OIL 10mg/ml, 20mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	1	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	1	
<i>jinteli</i>	1	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<i>mimvey</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	1	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	1	
<i>yuvaferm</i> TABS 10mcg	1	
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	1	
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL</i> CONC 1mg/ml	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml; SOSY 4mg/ml	1	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	1	
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	
<i>hydrocortisone sod succinate</i> SOLR 100mg	1	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	1	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	1	
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	1	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	1	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 15mg/5ml, 25mg/5ml	1	B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	1	B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	1	
<i>PREDNISONE INTENSOL</i> CONC 5mg/ml	1	B/D

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	1	
GLUCOSE ELEVATING AGENTS		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	1	NDS
ZEGALOGUE SOAJ .6mg/0.6ml; SOSY .6mg/0.6ml	1	
MISCELLANEOUS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	1	NDS, NM, PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	1	NDS, NM
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	1	
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	1	NDS, NM, PA
CERDELGA CAPS 84mg	1	NDS, NM, PA
CEREZYME SOLR 400unit	1	NDS, NM, PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg, 60mg	1	B/D, QL (60 tabs / 30 days), NM
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg	1	NDS, B/D, QL (120 tabs / 30 days), NM
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	1	NM, PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	1	NDS
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	1	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	1	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	1	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	1	NDS, NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .2mg	1	NM, PA
GENOTROPIN MINIQUICK PRSY .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	1	NDS, NM, PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	1	NDS, NM, PA
<i>javygtor</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
<i>lanreotide acetate</i> SOLN 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	1	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	1	NDS, NM, PA
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT 45mg)	1	NDS, NM, PA
<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> TABS 300mg	1	NDS, NM, PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, NM, PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	1	NM, PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	1	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	1	NDS, NM, PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	1	NDS, NM, PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	1	NDS, NM, PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	1	NDS, NM, PA
SYNAREL SOLN 2mg/ml	1	NDS, PA
VEOZAH TABS 45mg	1	PA
PROGESTINS		
<i>gallifrey</i> TABS 5mg	1	
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	1	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	1	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	1	
<i>progesterone</i> CAPS 100mg, 200mg	1	
THYROID AGENTS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
<i>levoxyl</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	
<i>liothyronine sodium</i> TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	1	
<i>methimazole</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>propylthiouracil</i> TABS 50mg	1	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>unithroid</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	
VITAMIN D ANALOGS		
<i>calcitriol</i> CAPS .25mcg, .5mcg	1	B/D
<i>calcitriol (oral)</i> SOLN 1mcg/ml	1	B/D
<i>paricalcitol</i> CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	1	B/D
GASTROINTESTINAL		
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant</i> CAPS 40mg, 80mg, 125mg	1	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>	1	B/D
<i>compro</i> SUPP 25mg	1	
<i>dronabinol</i> CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	B/D, QL (60 caps / 30 days)
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	1	
<i>granisetron hcl</i> TABS 1mg	1	B/D
<i>meclizine hcl</i> TABS 12.5mg, 25mg	1	
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBDP 4mg, 8mg	1	B/D
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml; SOSY 4mg/2ml	1	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml; TABS 4mg, 8mg	1	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	1	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	1	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>promethazine hcl</i> SOLN 6.25mg/5ml, 25mg/ml, 50mg/ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days	1	QL (10 patches / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
ANTISPASMODICS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; SOLN 10mg/5ml; TABS 20mg	1	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glycopyrrolate</i> TABS 2mg	1	QL (120 tabs / 30 days)

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
H2-RECEPTOR ANTAGONISTS		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml; SUSR 40mg/5ml; TABS 20mg, 40mg	1	
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>	1	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	1	
INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	1	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	1	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg	1	QL (180 caps / 30 days)
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm	1	QL (1680 mL / 28 days)
<i>mesalamine</i> SUPP 1000mg	1	QL (30 suppositories / 30 days)
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	1	QL (28 bottles / 28 days)
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg; TBEC 500mg	1	
LAXATIVES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>gavilyte-c</i>	1	
<i>gavilyte-g</i>	1	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	1	
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	1	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	1	
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	1	
PLENVU SOL	1	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	1	
MISCELLANEOUS		
<i>alosetron hcl</i> TABS 1mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
CREON CAP 3000UNIT	1	
CREON CAP 6000UNIT	1	
CREON CAP 12000UNT	1	
CREON CAP 24000UNT	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CREON CAP 36000UNT	1	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis) CONC</i> 100mg/5ml	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	1	
GATTEX KIT 5mg	1	NDS, NM, PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	1	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	1	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	1	NDS, QL (28 syringes / 28 days), PA
<i>sucralfate</i> TABS 1gm	1	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg; TABS 250mg, 500mg	1	
VOWST CAP	1	NDS, QL (12 caps / 30 days), NM, PA
XERMELO TABS 250mg	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XIFAXAN TABS 550mg	1	NDS, PA
ZENPEP CAP 3000UNIT	1	
ZENPEP CAP 5000UNIT	1	
ZENPEP CAP 10000UNT	1	
ZENPEP CAP 15000UNT	1	
ZENPEP CAP 20000UNT	1	
ZENPEP CAP 25000UNT	1	
ZENPEP CAP 40000UNT	1	
ZENPEP CAP 60000UNT	1	
PROTON PUMP INHIBITORS		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg; TBEC 20mg, 40mg	1	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GENITOURINARY		
BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tadalafil</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	1	QL (60 caps / 30 days)
MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	1	
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	1	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	1	
URINARY ANTISPASMODICS		
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
GEMTESA TABS 75mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml	1	QL (300 mL / 28 days)
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (600 mL / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TABS 5mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	1	QL (30 caps / 30 days), ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
VAGINAL ANTI-INFECTIVES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	1	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	1	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	1	
HEMATOLOGIC ANTICOAGULANTS		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	1	QL (60 caps / 30 days)
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 110mg	1	QL (120 caps / 30 days)
ELIQUIS TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
ELIQUIS TABS 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg	1	QL (74 tabs / 30 days)
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	1	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	1	NDS
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	1	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	1	B/D
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>rivaroxaban</i> TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	
XARELTO SUSR 1mg/ml	1	QL (620 mL / 30 days)
XARELTO TABS 2.5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
XARELTO STAR TAB 15/20MG	1	QL (51 tabs / 30 days)
HEMATOPOIETIC GROWTH FACTORS		
FULPHILA SOSY 6mg/0.6ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	1	NM, PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	1	NDS, NM, PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	1	NDS, NM, PA
MISCELLANEOUS		
ALVAIZ TABS 9mg, 54mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
ALVAIZ TABS 18mg, 36mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	1	
BERINERT KIT 500unit	1	NDS, QL (24 boxes / 30 days), NM, PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	1	
DOPTelet TABS 20mg	1	NDS, NM, PA
HAEGARDA SOLR 2000unit	1	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, PA
HAEGARDA SOLR 3000unit	1	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, PA
<i>icatibant acetate</i> SOSY 30mg/3ml	1	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
<i>L-glutamine (sickle cell)</i> PACK 5gm	1	NDS, NM, PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	1	
<i>sajazir</i> SOSY 30mg/3ml	1	NDS, QL (9 syringes / 30 days), NM, PA
SIKLOS TABS 100mg	1	
SIKLOS TABS 1000mg	1	NDS
TAVNEOS CAPS 10mg	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml; TABS 650mg	1	
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS		
<i>aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg</i>	1	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	1	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ticagrelor</i> TABS 60mg, 90mg	1	
IMMUNOLOGIC AGENTS		
<i>AUTOIMMUNE AGENTS</i>		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING 40mg/0.8ml PSKT	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF STARTER P AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
COSENTYX SOLN 125mg/5ml	1	NDS, NM, PA
COSENTYX SOSY 75mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (32 syringes / 365 days), NM, PA
COSENTYX SENSOREADY PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (32 pens / 365 days), NM, PA
COSENTYX UNOREADY SOAJ 300mg/2ml	1	NDS, QL (16 pens / 365 days), NM, PA
DUPIXENT SOAJ 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
DUPIXENT SOSY 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 vials / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml	1	NDS, QL (16 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL SOSY 50mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml	1	NDS, QL (8 cartridges / 28 days), NM, PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (3 pens / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S AJKT 80mg/0.8ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
IDACIO (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
IDACIO (2 SYRINGE) PSKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 syringes / 365 days), NM, PA
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (2 packs / year), NM, PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOLN 130mg/26ml	1	NDS, NM, PA
PYZCHIVA SOSY 45mg/0.5ml	1	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
PYZCHIVA SOSY 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
REMICADE SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
RINVOQ TB24 45mg	1	NDS, QL (168 tabs / year), NM, PA
RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (360 mL / 30 days), NM, PA
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml	1	NDS, QL (1 cartridge / 56 days), NM, PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml	1	NDS, NM, PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (6 syringes / 365 days), NM, PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (6 pens / 365 days), NM, PA
SOTYKTU TABS 6mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	1	NDS, QL (1 vial / 28 days), NM, PA
STELARA SOLN 130mg/26ml	1	NDS, NM, PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 100mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TREMFYA SOSY 100mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOSY 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
TREMFYA INDUCTION PACK FO SOAJ 200mg/2ml	1	NDS, QL (2 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOAJ 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
TYENNE SOLN 80mg/4ml, 200mg/10ml, 400mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TYENNE SOSY 162mg/0.9ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
VELSIPITY TABS 2mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml	1	NDS, QL (480 mL / 24 days), NM, PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 45mg/0.5ml	1	QL (1 vial / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOLN 130mg/26ml	1	NM, PA
YESINTEK SOSY 45mg/0.5ml	1	QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
YESINTEK SOSY 90mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
<i>DISEASE-MODIFYING ANTI-RHEUMATIC DRUGS (DMARDS)</i>		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	1	
JYLAMVO SOLN 2mg/ml	1	B/D
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	1	
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	1	B/D
<i>IMMUNOGLOBULINS</i>		
ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	1	NDS, NM, PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMASTAN INJ	1	B/D, NM
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	1	NDS, NM, PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	1	NDS, NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	1	NDS, NM, PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	1	NDS, NM, PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	1	NDS, NM, PA
IMMUNOMODULATORS		
ACTIMMUNE SOLN 100mcg/0.5ml	1	NDS, NM, PA
ARCALYST SOLR 220mg	1	NDS, NM, PA
IMMUNOSUPPRESSANTS		
ASTAGRAF XL CP24 5mg	1	NDS, B/D, NM
ASTAGRAF XL CP24 .5mg, 1mg	1	B/D, NM
<i>azathioprine</i> TABS 50mg	1	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	1	NDS, NM, PA
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg	1	B/D, NM
<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, B/D, NM
<i>engraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	1	B/D, NM
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	1	NDS, B/D, NM
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	1	B/D, NM
NULOJIX SOLR 250mg	1	NDS, B/D, NM
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	1	B/D, NM
REZUROCK TABS 200mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	1	NDS, B/D, NM
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	1	B/D, NM
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	1	B/D, NM
VACCINES		
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO SUSY .5ml	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENGVAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGRIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 SUSP .5ml; SUSY .5ml	1	
HAVRIX SUSP 1440elu/ml; SUSY 720elu/0.5ml	1	
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	1	B/D
HIBERIX SOLR 10mcg	1	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) SUSR 2.5unit/ml	1	B/D
INFANRIX INJ	1	
IPOL INJ INACTIVE	1	
IXCHIQ INJ	1	
IXIARO INJ	1	
JYNNEOS SUSP .5ml	1	B/D
KINRIX INJ	1	
M-M-R II INJ	1	
MENACTRA INJ	1	
MENQUADFI SOLN .5ml	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	1	
PENBRAYA INJ	1	
PENTACEL INJ	1	
PRIORIX INJ	1	
PROQUAD INJ	1	
QUADRACEL INJ 0.5ML	1	
RABAVERT INJ	1	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	1	B/D
ROTARIX SUS	1	
ROTATEQ SOL	1	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	1	QL (2 vials per lifetime)
TENIVAC INJ 5-2LF	1	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	1	
TRUMENBA SUSY .5ml	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TWINRIX INJ	1	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	1	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	1	
VARIVAX SUSR 1350pfu/0.5ml	1	
VAXCHORA SUS	1	
VIMKUNYA SUSY 40mcg/0.8ml	1	
VIVOTIF CAP EC	1	
YF-VAX INJ	1	
NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS		
<i>ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE</i>		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	1	
D10W/NACL INJ 0.2%	1	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	1	
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	1	
ISOLYTE-P INJ /D5W	1	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	1	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	1	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	1	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	1	
<i>lactated ringer's solution</i>	1	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1	
<i>magnesium sulfate</i> SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	1	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	1	
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	1	
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	1	
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	1	
<i>potassium chloride</i> SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	1	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	1	
<i>sodium chloride</i> SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con</i> PACK 20meq	1	
<i>klor-con 8</i> TBCR 8meq	1	
<i>klor-con 10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m10</i> TBCR 10meq	1	
<i>klor-con m15</i> TBCR 15meq	1	
<i>klor-con m20</i> TBCR 20meq	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	
<i>potassium chloride</i> CPCR 8meq, 10meq; PACK 20meq; SOLN 10%, 20%; TBCR 8meq, 10meq, 20meq	1	
<i>potassium chloride microencapsulated crystals</i> TBCR 10meq, 15meq, 20meq	1	
PRENATAL TAB 27-1MG	1	
PRENATAL TAB PLUS	1	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	1	
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	1	
<i>IV NUTRITION</i>		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	1	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	1	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	1	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	1	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	1	B/D

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	1	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	1	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	1	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	1	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	1	B/D
<i>plenamine</i>	1	B/D
PREMASOL SOL 10%	1	NDS, B/D
PROSOL INJ 20%	1	B/D
TRAVASOL INJ 10%	1	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	1	B/D

OPHTHALMIC

ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORY

<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	1	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	1	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	1	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	1	

ANTI-INFECTIVES

<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	1	
BESIVANCE SUSP .6%	1	
CILOXAN OINT .3%	1	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	1	
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	1	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	1	QL (12 mL / 30 days)
NATACYN SUSP 5%	1	
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	1	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>neomycin-polymyx-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	1	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>polycin ophth oint</i>	1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	1	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	1	
<i>XDEMVI SOLN .25%</i>	1	NDS, NM, PA
<i>ZIRGAN GEL .15%</i>	1	
ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%, .075%</i>	1	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%</i>	1	
<i>diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%</i>	1	
<i>difluprednate EMUL .05%</i>	1	
<i>FLAREX SUSP .1%</i>	1	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	1	
<i>LOTEMAX OINT .5%</i>	1	
<i>loteprednol etabonate SUSP .2%</i>	1	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	1	
<i>PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%</i>	1	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	1	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	1	
<i>ZERVATE SOLN .24%</i>	1	
ANTI GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	1	
<i>BETOPTIC-S SUSP .25%</i>	1	
<i>brimonidine tartrate SOLN .15%, .2%</i>	1	
<i>brinzolamide SUSP 1%</i>	1	
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>	1	
<i>COMBIGAN SOL 0.2/0.5%</i>	1	
<i>dorzolamide hcl SOLN 2%</i>	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i>	1	
<i>latanoprost SOLN .005%</i>	1	
<i>levobunolol hcl SOLN .5%</i>	1	
<i>LUMIGAN SOLN .01%</i>	1	
<i>pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
RHOPRESSA SOLN .02%	1	
ROCKLATAN DRO	1	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	1	
<i>timolol maleate (ophth)</i> SOLG .25%, .5%; SOLN .25%, .5%	1	
VYZULTA SOLN .024%	1	
MISCELLANEOUS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	1	
<i>atropine sulfate (ophthalmic)</i> SOLN 1%	1	
CYSTADROPS SOLN .37%	1	NDS, NM, PA
CYSTARAN SOLN .44%	1	NDS, NM, PA
EYSUVIS SUSP .25%	1	
MIEBO SOLN 1.338gm/ml	1	
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	1	
RESTASIS EMUL .05%	1	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	1	
XIIDRA SOLN 5%	1	
OTIC		
OTIC AGENTS		
<i>acetic acid (otic)</i> SOLN 2%	1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	1	
<i>flac</i> OIL .01%	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	1	
<i>ofloxacin (otic)</i> SOLN .3%	1	
RESPIRATORY		
ANTICHOLINERGIC/BETA AGONIST COMBINATIONS		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE	1	QL (1 inhaler / 30 days)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	1	QL (4 inhalers / 28 days)
COMBIVENT AER 20-100	1	QL (2 inhalers / 30 days)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	1	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
ANTICHOLINERGICS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh	1	QL (30 blisters / 30 days)
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	1	
ANTI HISTAMINES		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%	1	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
BETA AGONISTS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proair HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Proventil HFA)
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days); (generic of Ventolin HFA)
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083%, .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	1	B/D
<i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 2mg, 4mg	1	
<i>levalbuterol hcl</i> NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i> AERO 45mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days), ST

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	1	QL (60 inhalations / 30 days)
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	1	QL (6 inhalers / 30 days)
LEUKOTRIENE MODULATORS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg; PACK 4mg; TABS 10mg	1	
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	1	
MISCELLANEOUS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	1	B/D
ALYFTREK TAB 4-20-50	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
ALYFTREK TAB 10-50-125	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	1	NDS, NM, PA
BRONCHITOL CAPS 40mg	1	NDS, QL (560 caps / 28 days), NM, PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	1	B/D
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of EpiPen)
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml	1	(generic of Adrenaclick)
FASENRA SOSY 10mg/0.5ml, 30mg/ml	1	NDS, QL (1 syringe / 28 days), NM, PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
KALYDECO PACK 5.8mg, 13.4mg, 25mg, 50mg, 75mg	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
KALYDECO TABS 150mg	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 75-94MG	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 100-125	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	1	NDS, QL (56 packets / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 100-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA
ORKAMBI TAB 200-125	1	NDS, QL (112 tabs / 28 days), NM, PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg	1	NDS, QL (270 caps / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg	1	NDS, QL (270 tabs / 30 days), NM, PA
<i>pirfenidone</i> TABS 534mg, 801mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml	1	NDS, NM, PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	1	NDS, NM, PA
<i>roflumilast</i> TABS 250mcg	1	QL (56 tabs / year)
<i>roflumilast</i> TABS 500mcg	1	QL (30 tabs / 30 days)
SYMDEKO TAB 50-75MG	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
SYMDEKO TAB 100-150	1	NDS, QL (56 tabs / 28 days), NM, PA
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	1	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 100mg, 200mg, 300mg, 450mg; TB24 400mg, 600mg	1	
TRIKAFTA PAK 59.5MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA PAK 75MG	1	NDS, QL (56 packs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	1	NDS, QL (84 tabs / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOAJ 150mg/ml	1	NDS, QL (8 pens / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOLR 150mg	1	NDS, QL (8 vials / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 75mg/0.5ml, 300mg/2ml	1	NDS, QL (4 syringes / 28 days), NM, PA
XOLAIR SOSY 150mg/ml	1	NDS, QL (8 syringes / 28 days), NM, PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg, 4000mg, 5000mg	1	NDS, NM, PA
NASAL STEROIDS		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025%	1	QL (3 bottles / 30 days)
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act	1	QL (1 bottle / 30 days)
XHANCE EXHU 93mcg/act	1	QL (32 mL / 30 days), PA
STEROID INHALANTS		
ALVESCO AERS 80mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
ALVESCO AERS 160mcg/act	1	QL (2 inhalers / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	1	QL (30 inhalations / 30 days)
budesonide (inhalation) SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	1	B/D
STEROID/BETA-AGONIST COMBINATIONS		
ADVAIR HFA AER 45/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 115/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
ADVAIR HFA AER 230/21	1	QL (1 inhaler / 30 days)
AIRSUPRA AER 90-80MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 100-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
BREO ELLIPTA INH 200-25	1	QL (60 blisters / 30 days)
breyna	1	QL (3 inhalers / 30 days)
budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 50-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 100-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
DULERA AER 200-5MCG	1	QL (3 inhalers / 30 days)
fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
wixela inhub	1	QL (60 inhalations / 30 days)
TOPICAL DERMATOLOGY, ACNE		
accutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
amnesteam CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%	1	QL (46.6 gm / 30 days)
claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	1	QL (75 mL / 30 days)
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>ery</i> PADS 2%	1	QL (60 pledgets / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> GEL 2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>erythromycin (acne aid)</i> SOLN 2%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>isotretinoin</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> LOTN 10%	1	QL (118 mL / 30 days)
<i>tretinoin</i> CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025%	1	QL (45 gm / 30 days), PA
<i>twice-daily clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1%	1	QL (75 gm / 30 days)
<i>zenatane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
DERMATOLOGY, ANTIBIOTICS		
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1%; OINT .1%	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>mupirocin</i> OINT 2%	1	QL (220 gm / 30 days)
<i>silver sulfadiazine</i> CREA 1%	1	
<i>ssd</i> CREA 1%	1	
<i>SULFAMYLON</i> CREA 85mg/gm	1	QL (453.6 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS		
<i>ciclopirox</i> SHAM 1%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> CREA .77%	1	QL (90 gm / 30 days)
<i>ciclopirox olamine</i> SUSP .77%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> CREA 1%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>clotrimazole (topical)</i> SOLN 1%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>econazole nitrate</i> CREA 1%	1	QL (85 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> CREA 2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketoconazole (topical)</i> SHAM 2%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>klayesta</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nyamyc</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>nystatin (topical)</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>nystop</i> POWD 100000unit/gm	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>selenium sulfide</i> LOTN 2.5%	1	
DERMATOLOGY, ANTIPSORIATICS		
<i>acitretin</i> CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	1	PA
<i>calcipotriene</i> CREA .005%; OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA
<i>calcipotriene</i> SOLN .005%	1	QL (120 mL / 30 days), PA
<i>calcitrene</i> OINT .005%	1	QL (120 gm / 30 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ENSTILAR AER	1	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
tazarotene CREA .05%, .1%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS		
ala-cort CREA 1%	1	
alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
betamethasone dipropionate (topical) CREA .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
betamethasone dipropionate (topical) LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
betamethasone dipropionate augmented CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
betamethasone dipropionate augmented LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
betamethasone valerate CREA .1%; OINT .1%	1	QL (120 gm / 30 days)
betamethasone valerate LOTN .1%	1	QL (120 mL / 30 days)
clobetasol propionate CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
clobetasol propionate SOLN .05%	1	QL (50 mL / 30 days)
clobetasol propionate e CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
fluocinolone acetonide CREA .01%	1	QL (60 gm / 30 days)
fluocinolone acetonide CREA .025%; OINT .025%	1	QL (120 gm / 30 days)
fluocinolone acetonide OIL .01%	1	QL (118.28 mL / 30 days)
fluocinolone acetonide SOLN .01%	1	QL (60 mL / 30 days)
fluocinonide CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
fluocinonide GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
fluocinonide SOLN .05%	1	QL (60 mL / 30 days)
fluocinonide emulsified base CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
fluticasone propionate CREA .05%; OINT .005%	1	
halobetasol propionate CREA .05%; OINT .05%	1	QL (50 gm / 30 days)
hydrocortisone (topical) CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	1	
hydrocortisone (topical) OINT 1%	1	QL (30 gm / 30 days)
hydrocortisone valerate CREA .2%	1	QL (60 gm / 30 days)
mometasone furoate CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	1	
triamcinolone acetonide (topical) CREA .025%, .1%, .5%	1	QL (454 gm / 30 days)

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%; OINT .025%, .1%, .5%	1	
<i>triderm</i> CREA .5%	1	QL (454 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, LOCAL ANESTHETICS		
<i>glydo</i> PRSY 2%	1	QL (60 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> OINT 5%	1	QL (50 gm / 30 days), PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4%	1	QL (50 mL / 30 days), PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5%	1	B/D, QL (30 gm / 30 days)
<i>lidocan</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
<i>tridacaine ii</i> PTCH 5%	1	QL (3 patches / 1 day), PA
DERMATOLOGY, MISCELLANEOUS SKIN AND MUCOUS MEMBRANE		
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
<i>diclofenac sodium (topical)</i> SOLN 1.5%	1	QL (300 mL / 28 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5%	1	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5%	1	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 1%, 2.5%	1	
<i>imiquimod</i> CREA 5%	1	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%; LOTN 12%	1	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; GEL .75%	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75%	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal)</i> OINT .4%	1	QL (30 gm / 30 days)
PANRETIN GEL .1%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus</i> CREA 1%	1	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox</i> SOLN .5%	1	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>proctocort</i> CREA 1%	1	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	1	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1%	1	QL (100 gm / 30 days), PA
VALCHLOR GEL .016%	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES</i>		
<i>malathion</i> LOTN .5%	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin</i> CREA 5%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS</i>		
REGRANEX GEL .01%	1	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
SANTYL OINT 250unit/gm	1	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	1	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	1	
<i>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS</i>		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	1	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg	1	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq</i> PSTE .1%	1	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	1	
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	1	
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	1	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	1	
<u>PART B</u>		
<i>DIABETIC METERS AND TEST STRIPS</i>		
DEXCOM G6 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G6 MIS SENSOR	0	PA
DEXCOM G6 MIS TRANSMIT	0	PA
DEXCOM G7 MIS RECEIVER	0	PA
DEXCOM G7 MIS SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR KIT SENSOR	0	PA
FREESTY LIBR MIS 2 READER	0	PA
FREESTY LIBR MIS 3 READER	0	PA
FREESTYLE MIS READER	0	PA
TRUE METRIX KIT AIR	0	
TRUE METRIX KIT METER	0	
TRUE METRIX STRIPS	0	

이 표의 기호 및 약어에 대한 자세한 내용은 페이지 번호로 이동하여 확인할 수 있습니다.

D. 보장 의약품 색인

이 섹션에서는 약품 이름을 알파벳순으로 검색하여 약품을 찾을 수 있습니다. 그러면 해당 약품에 대한 추가 보장 정보를 찾을 수 있는 페이지 번호가 표시됩니다.

<i>abacavir sulfate</i>.....23	<i>acyclovir sodium</i> 26	ALECENSA..... 32
<i>abacavir sulfate-</i> <i>lamivudine tab 600-</i> <i>300 mg</i> 24	ADACEL INJ..... 84	<i>alendronate sodium</i> 66
ABELCET 22	ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)..... 80	<i>alfuzosin hcl</i> 77
ABILIFY ASIMTUFII .51	ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING..... 80	<i>aliskiren fumarate</i> .. 46
ABILIFY MAINTENA .51	ADALIMUMAB-AACF STARTER P 80	<i>allopurinol</i> 19
<i>abiraterone acetate</i> .30	<i>adefovir dipivoxil</i> ... 26	<i>alosepron hcl</i> 76
<i>abirtega</i> 31	ADMELOG 64	<i>alprazolam</i> 48
ABRYSVO 83	ADMELOG SOLOSTAR 65	<i>altavera</i> 67
<i>acamprosate calcium</i> 62	ADVAIR HFA AER 115/21 93	ALUNBRIG 32, 33
<i>acarbose</i> 63	ADVAIR HFA AER 230/21 93	ALUNBRIG PAK 33
<i>accutane</i> 93	ADVAIR HFA AER 45/21 93	ALVAIZ 79
<i>acebutolol hcl</i> 45	<i>afirmelle</i> 67	ALVESCO..... 92
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i> 20	AIMOVIG 59	<i>alyacen 1/35</i> 67
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i> 20	AIRSUPRA AER 90- 80MCG 93	<i>alyacen 7/7/7</i> 67
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i> 20	AKEEGA TAB 100/500 31	ALYFTREK TAB 10-50- 125..... 91
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i> 20	AKEEGA TAB 50/500MG..... 31	ALYFTREK TAB 4-20- 50 91
<i>acetazolamide</i> 46	<i>ala-cort</i> 95	ALYGLO..... 82
<i>acetic acid</i> 78	<i>albendazole</i> 21	<i>alyq</i> 47
<i>acetic acid (otic)</i> 89	<i>albuterol sulfate</i> 90	<i>amantadine hcl</i> 50
<i>acetylcysteine</i> 91	<i>alclometasone dipropionate</i> 95	<i>ambrisentan</i> 47
<i>acitretin</i> 94	ALCOHOL SWABS: BD- EMBECTA/MHC/RUG BY..... 65	<i>amethia</i> 67
ACTHIB INJ..... 84	ALDURAZYME 73	<i>amethyst</i> 67
ACTIMMUNE..... 83		<i>amikacin sulfate</i> 21
<i>acyclovir</i> 26		<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i> 46
		<i>amiloride hcl</i> 46
		<i>amiodarone hcl</i> 44
		<i>amitriptyline hcl</i> 48
		<i>amlodipine besylate</i> 45
		<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg</i> 41

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg .....41</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg. 58</i>
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg .....41</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg 58</i>
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5- 10 mg .....41</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml .. 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg 58</i>
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5- 20 mg .....41</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg 58</i>
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5- 40 mg .....41</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250- 125 mg 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg 58</i>
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 20 mg .....42</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500- 125 mg 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg 58</i>
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 40 mg .....42</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875- 125 mg 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg 58</i>
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg .....42</i>	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg 28</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg 58</i>
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg .....42</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg 58</i>	<i>amphotericin b 22</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg .....42</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg 58</i>	<i>amphotericin b liposome 23</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg .....42</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg 58</i>	<i>ampicillin 28</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg .....42</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg 58</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm 28</i>
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg .....42</i>	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg 58</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2- 1) gm 28</i>
<i>amnesteam.....93</i>		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm 28</i>
<i>amoxapine.....48</i>		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm 28</i>
<i>amoxicillin .....28</i>		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm 28</i>
		<i>ampicillin sodium ... 28</i>
		<i>anagrelide hcl 79</i>
		<i>anastrozole..... 31</i>

ANORO ELLIPT AER 62.5-25 89	atropine sulfate (ophthalmic)..... 89	benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg... 41
aprepitant 75	ATROVENT HFA..... 90	benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg... 41
aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg 75	aubra eq 67	benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg..... 41
apri..... 67	AUGTYRO..... 33	benazepril & hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg..... 41
APTOM 54	aurovela 1/20..... 67	benazepril hcl 41
APTIVUS..... 23	aurovela 24 fe 67	BENDAMUSTINE HYDROCHLORID .. 29
ARALAST NP 91	aurovela fe 1.5/30 . 67	BENDEKA 29
aranelle..... 67	aurovela fe 1/20 67	BENLYSTA 83
ARCALYST 83	AUSTEDO..... 60	benzoyl peroxide- erythromycin gel 5- 3% 93
AREXVY..... 84	AUSTEDO XR 60	benztropine mesylate 50
ARIKAYCE..... 21	AUSTEDO XR TAB TITR KIT 60	BERINERT 79
aripiprazole..... 51	AUVELITY TAB 45- 105MG..... 49	BESIVANCE 87
ARISTADA 51	aviane 67	BESREMI 32
ARISTADA INITIO... 51	ayuna 67	betaine powder for oral solution..... 73
armodafinil 62	AYVAKIT 33	betamethasone dipropionate (topical) 95
ARNUITY ELLIPTA... 93	azacitidine 30	betamethasone dipropionate augmented 95
asenapine maleate.. 51	azathioprine 83	betamethasone valerate..... 95
ashlyna 67	azelastine hcl 90	BETASERON..... 61
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg..... 79	azelastine hcl (ophth) 88	betaxolol hcl 45
ASTAGRAF XL 83	azithromycin 27	betaxolol hcl (ophth) 88
atazanavir sulfate ... 23	aztreonam 21	bethanechol chloride 78
atenolol..... 45	azurette..... 67	BETOPTIC-S 88
atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg..... 45	bacitracin (ophthalmic)..... 87	
atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg 45	bacitracin-polymyxin b ophth oint 87	
atomoxetine hcl 58	bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1% 87	
atorvastatin calcium 44	baclofen..... 61	
atovaquone..... 21	BAFIERTAM 61	
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg 23	balsalazide disodium 76	
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg 23	BALVERSA..... 33	
ATROPINE SULFATE 89	balziva..... 67	
	BARACLUDE 26	
	BASAGLAR KWIKPEN 65	
	BCG VACCINE..... 84	



질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

BEVESPI AER 9-4.8MCG	89	BRIVIACT.....	54	bupropion hcl (smoking deterrent)	62
bexarotene	32	bromfenac sodium (ophth)	88	buspirone hcl	48
bexarotene (topical)	96	bromocriptine mesylate	50	butorphanol tartrate	20
BEXSERO.....	84	BRONCHITOL	91	cabergoline.....	73
bicalutamide	31	BRUKINSA	33	CABOMETYX	33
BICILLIN L-A.....	28	budesonide	76	calcipotriene	94
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG.....	24	budesonide (inhalation)	93	calcitonin (salmon) spray	66
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG.....	25	budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act	93	calcitrene	94
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg ...	45	budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act	93	calcitriol	75
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg ..	45	bumetanide.....	46	calcitriol (oral)	75
bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	45	buprenorphine	19	CALQUENCE.....	33
bisoprolol fumarate	45	buprenorphine hcl ..	62	camila.....	67
BIVIGAM	82	buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv).....	62	camrese	67
blisovi 24 fe	67	buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv).....	62	camrese lo	67
blisovi fe 1.5/30	67	buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv)	62	candesartan cilexetil	43
BOOSTRIX INJ	84	buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv)	62	candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg ...	42
bortezomib	33	buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv).....	62	candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg ...	42
BORTEZOMIB.....	33	buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)	62	candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg	42
bosentan	47	bupropion hcl	49	CAPLYTA	51
BOSULIF.....	33			CAPRELSA	33
BRAFTOVI.....	33			captopril.....	41
BREO ELLIPTA INH 100-25	93			captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	41
BREO ELLIPTA INH 200-25	93			captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	41
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	93			captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg	41
breyana	93			captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	41
BREZTRI AERO AER SPHERE	89			carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg	50
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	89				
brilintyn.....	67				
BRILINTA	79				
brimonidine tartrate	88				
brinzolamide	88				

<i>carb/levo orally</i>	CAYSTON..... 21	<i>chateal eq</i> 67
<i>disintegrating tab</i>	<i>cefaclor</i> 26	CHEMET 67
<i>25-100mg</i> 50	<i>cefadroxil</i> 27	<i>chlorhexidine</i>
<i>carb/levo orally</i>	CEFAZOLIN 27	<i>gluconate (mouth-</i>
<i>disintegrating tab</i>	CEFAZOLIN INJ	<i>throat)</i> 97
<i>25-250mg</i> 50	<i>1GM/50ML</i> 27	<i>chloroquine phosphate</i>
<i>carbamazepine</i> 54	<i>cefazolin sodium</i> 27	 23
<i>carbidopa & levodopa</i>	CEFAZOLIN SOLN	<i>chlorpromazine hcl</i> .51
<i>tab 10-100 mg</i> 50	<i>2GM/100ML-4%</i> .. 27	<i>chlorthalidone</i> 46
<i>carbidopa & levodopa</i>	CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>cholestyramine</i> 44
<i>tab 25-100 mg</i> 50	<i>1GM/50ML-4%</i> ... 27	<i>cholestyramine light</i> 44
<i>carbidopa & levodopa</i>	CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>ciclopirox</i> 94
<i>tab 25-250 mg</i> 50	<i>2GM/50ML-3%</i> ... 27	<i>ciclopirox olamine</i> ... 94
<i>carbidopa & levodopa</i>	CEFAZOLIN/DEX SOL	<i>cilostazol</i> 79
<i>tab er 25-100 mg</i> 50	<i>3GM/150ML-4%</i> .. 27	CILOXAN 87
<i>carbidopa & levodopa</i>	CEFAZOLIN/DEX SOL	CIMDUO TAB 300-300
<i>tab er 50-200 mg</i> 50	<i>3GM/50ML-2%</i> ... 27	 25
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefdinir</i> 27	<i>cinacalcet hcl</i> 73
<i>entacapone tabs</i>	<i>cefepime hcl</i> 27	<i>ciprofloxacin 200</i>
<i>12.5-50-200 mg</i> .. 50	<i>cefixime</i> 27	<i>mg/100ml in d5w</i> 28
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cefotetan disodium</i> . 27	<i>ciprofloxacin 400</i>
<i>entacapone tabs</i>	<i>cefoxitin sodium</i> 27	<i>mg/200ml in d5w</i> 28
<i>18.75-75-200 mg</i> 50	<i>cefpodoxime proxetil</i>	<i>ciprofloxacin hcl</i> 28
<i>carbidopa-levodopa-</i>	 27	<i>ciprofloxacin hcl</i>
<i>entacapone tabs 25-</i>	<i>cefprozil</i> 27	<i>(ophth)</i> 87
<i>100-200 mg</i> 50	<i>ceftazidime</i> 27	<i>ciprofloxacin-</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>ceftriaxone sodium</i> . 27	<i>dexamethasone otic</i>
<i>entacapone tabs</i>	<i>cefuroxime axetil</i> ... 27	<i>susp 0.3-0.1%</i> 89
<i>31.25-125-200 mg</i>	<i>cefuroxime sodium</i> . 27	<i>cisplatin</i> 29
..... 50	<i>celecoxib</i> 19	<i>citalopram</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	<i>cephalexin</i> 27	<i>hydrobromide</i> 49
<i>entacapone tabs</i>	CEQUR SIMPL KIT	<i>claravis</i> 93
<i>37.5-150-200 mg</i> 50	<i>PATCH 2U (3-DAY)</i>	<i>clarithromycin</i> 27
<i>carbidopa-levodopa-</i>	 65	<i>clindamycin hcl</i> 21
<i>entacapone tabs 50-</i>	CEQUR SIMPL KIT	<i>clindamycin palmitate</i>
<i>200-200 mg</i> 50	<i>PATCH 2U (4-DAY)</i>	<i>hydrochloride</i> 21
<i>carboplatin</i> 29	 65	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>carglumic acid</i> 73	CEQUR SIMPL MIS	 21
<i>carisoprodol</i> 61	<i>INSERTER</i> 65	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>carteolol hcl (ophth)</i> 88	CERDELGA 73	<i>(topical)</i> 94
<i>cartia xt</i> 45	CEREZYME 73	<i>clindamycin phosphate</i>
<i>carvedilol</i> 45	<i>cetirizine hcl</i> 90	<i>in d5w iv soln 300</i>
<i>caspofungin acetate</i> 23	<i>cevimeline hcl</i> 97	<i>mg/50ml</i> 21

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i> 21	COARTEM TAB 20- 120MG..... 23	CREON CAP 36000UNT 77
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i> 21	COBENFY CAP 100- 20MG 51	CREON CAP 6000UNIT 76
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> 78	COBENFY CAP 125- 30MG 52	<i>cromolyn sodium</i> 91
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML 21	COBENFY CAP 50- 20MG 51	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> 77
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML 21	COBENFY STRT CAP PACK 52	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 88
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML 21	<i>colchicine</i> 19	<i>cryselle-28</i> 67
CLINIMIX INJ 4.25/D10 86	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5- 500 mg</i> 19	<i>cyclobenzaprine hcl</i> 61
CLINIMIX INJ 4.25/D5W 86	<i>colesevelam hcl</i> 44	<i>cyclophosphamide</i> . 29, 30
CLINIMIX INJ 5%/D15W 86	<i>colestipol hcl</i> 44	CYCLOPHOSPHAMIDE 30
CLINIMIX INJ 5%/D20W 86	<i>colistimethate sodium</i> 21	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR 30
CLINIMIX INJ 6/5 ... 86	COMBIGAN SOL 0.2/0.5% 88	<i>cycloserine</i> 25
CLINIMIX INJ 8/10.. 86	COMBIVENT AER 20- 100 89	<i>cyclosporine</i> 83
CLINIMIX INJ 8/14.. 87	COMETRIQ (60MG DOSE) 33	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> 83
<i>clinisol sf 15%</i> 87	COMETRIQ KIT 100MG 33	<i>cyproheptadine hcl</i> . 90
CLINOLIPID EMU 20% 87	COMETRIQ KIT 140MG 33	<i>cyred eq</i> 67
<i>clobazam</i> 54	COMPLERA TAB 25	CYSTADROPS 89
<i>clobetasol propionate</i> 95	<i>compro</i> 75	CYSTAGON 73
<i>clobetasol propionate e</i> 95	<i>constulose</i> 76	CYSTARAN 89
<i>clomipramine hcl</i> 49	COPAXONE 61	<i>cytarabine</i> 30
<i>clonazepam</i> 54	COPIKTRA 34	D10W/NACL INJ 0.2% 85
<i>clonidine</i> 47	CORLANOR 47	D2.5W/NACL INJ 0.45% 85
<i>clonidine hcl</i> 47	COSENTYX 80	<i>dabigatran etexilate mesylate</i> 78
<i>clopidogrel bisulfate</i> 79	COSENTYX SENSOREADY PEN80	<i>dalfampridine</i> 61
<i>clorazepate</i> <i>dipotassium</i> 54	COSENTYX UNOREADY 80	<i>danazol</i> 63
<i>clotrimazole</i> 97	COTELLIC 34	<i>dantrolene sodium</i> .. 61
<i>clotrimazole (topical)</i> 94	CREON CAP 12000UNT 76	DANZITEN 34
<i>clotrimazole w/ betamethasone</i> <i>cream 1-0.05%</i> ... 94	CREON CAP 24000UNT 76	<i>dapsone</i> 21
<i>clozapine</i> 51	CREON CAP 3000UNIT 76	DAPTACEL INJ 84
		<i>daptomycin</i> 21
		DAPTOMYCIN 21
		<i>darunavir</i> 23, 24
		<i>dasatinib</i> 34
		<i>dasetta 1/35</i> 67
		<i>dasetta 7/7/7</i> 68
		DAURISMO 34

<i>daysee</i>	68	DEXCOM G7 MIS		<i>dicyclomine hcl</i>	75
DAYVIGO.....	59	SENSOR.....	97	DIFICID	27
<i>deblitane</i>	68	<i>dexmethylphenidate</i>		<i>diflunisal</i>	19
<i>deferasirox</i>	67	<i>hcl</i>	58	<i>difluprednate</i>	88
DELSTRIGO TAB.....	25	<i>dextrose</i>	87	<i>digoxin</i>	47
DENGVAIXIA SUS	84	<i>dextrose 10% w/</i>		<i>dihydroergotamine</i>	
DEPO-SUBQ PROVERA		<i>sodium chloride</i>		<i>mesylate</i>	59
104.....	68	0.45%	85	DILANTIN.....	55
<i>depo-testosterone</i> ..	63	<i>dextrose 2.5% w/</i>		<i>diltiazem hcl</i>	46
DESCOVY TAB 120-		<i>sodium chloride</i>		<i>diltiazem hcl coated</i>	
15MG	25	0.45%	85	<i>beads</i>	46
DESCOVY TAB		<i>dextrose 5% in</i>		<i>diltiazem hcl extended</i>	
200/25MG	25	<i>lactated ringers</i> ...	85	<i>release beads</i>	46
<i>desipramine hcl</i>	49	<i>dextrose 5% w/</i>		<i>dilt-xr</i>	45
<i>desmopressin acetate</i>		<i>sodium chloride</i>		DIP/TET PED INJ 25-	
.....	73	0.2%	85	5LFU	84
<i>desmopressin acetate</i>		<i>dextrose 5% w/</i>		<i>diphenhydramine hcl</i>	
<i>spray</i>	73	<i>sodium chloride</i>		.....	90
<i>desmopressin acetate</i>		0.225%	85	<i>diphenoxylate w/</i>	
<i>spray refrigerated</i>	73	<i>dextrose 5% w/</i>		<i>atropine liq 2.5-</i>	
<i>desogest-eth estrad &</i>		<i>sodium chloride</i>		0.025 mg/5ml	77
<i>eth estrad tab 0.15-</i>		0.3%	85	<i>diphenoxylate w/</i>	
0.02/0.01 mg(21/5)		<i>dextrose 5% w/</i>		<i>atropine tab 2.5-</i>	
.....	68	<i>sodium chloride</i>		0.025 mg	77
<i>desvenlafaxine</i>		0.45%	85	<i>dipyridamole</i>	80
<i>succinate</i>	49	<i>dextrose 5% w/</i>		<i>disopyramide</i>	
<i>dexamethasone</i>	72	<i>sodium chloride</i>		<i>phosphate</i>	44
DEXAMETHASONE		0.9%	85	<i>disulfiram</i>	62
INTENSOL.....	72	DIACOMIT.....	54	<i>divalproex sodium</i> ..	55
<i>dexamethasone</i>		<i>diazepam</i>	54	<i>docetaxel</i>	32
<i>sodium phosphate</i>	72	<i>diazepam</i>		DOCETAXEL.....	32
<i>dexamethasone</i>		(<i>anticonvulsant</i>)..	55	DOCIVYX.....	32
<i>sodium phosphate</i>		<i>diazepam inj</i>	55	<i>dofetilide</i>	44
(<i>ophth</i>).....	88	<i>diazepam intensol</i> ..	55	<i>dolishale</i>	68
DEXCOM G6 MIS		<i>diazoxide</i>	73	<i>donepezil</i>	
RECEIVER	97	<i>diclofenac potassium</i>		<i>hydrochloride</i>	48
DEXCOM G6 MIS		.....	19	DOPTelet	79
SENSOR	97	<i>diclofenac sodium</i> ..	19	<i>dorzolamide hcl</i>	88
DEXCOM G6 MIS		<i>diclofenac sodium</i>		<i>dorzolamide hcl-</i>	
TRANSMIT	97	(<i>ophth</i>)	88	<i>timolol maleate</i>	
DEXCOM G7 MIS		<i>diclofenac sodium</i>		<i>ophth soln 2-0.5%</i>	
RECEIVER	97	(<i>topical</i>).....	96	.....	88
		<i>dicloxacillin sodium</i>	28	<i>dotti</i>	71

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

DOVATO TAB 50- 300MG .....25	efavirenz- emtricitabine- tenofovir df tab 600- 200-300 mg 25	endocet tab 2.5- 325mg 20
doxazosin mesylate 42		endocet tab 5-325mg 20
doxepin hcl .....49	efavirenz-lamivudine- tenofovir df tab 400- 300-300 mg 25	endocet tab 7.5- 325mg 20
doxepin hcl (sleep) .59	efavirenz-lamivudine- tenofovir df tab 600- 300-300 mg 25	ENGERIX-B..... 84
doxorubicin hcl.....32	ELIGARD..... 31	enilloring 68
doxorubicin hcl liposomal .....32	elinest 68	enoxaparin sodium . 78
doxy 100 .....29	ELIQUIS 78	enpresse-28 68
doxycycline (monohydrate) ....29	ELIQUIS STARTER PACK 78	enskyce 68
doxycycline hyclate.29	eluryng 68	ENSTILAR AER 95
DRIZALMA SPRINKLE.....49	EMGALITY 59	entacapone..... 50
dronabinol .....75	EMSAM 49	entecavir..... 26
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg .....68	emtricitabine 24	ENTRESTO CAP 15- 16MG 42
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg .....68	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg.. 25	ENTRESTO CAP 6-6MG 42
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg .....68	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg.. 25	ENTRESTO TAB 24- 26MG 42
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03-0.451 mg .....68	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg.. 25	ENTRESTO TAB 49- 51MG 42
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03-0.451 mg .....68	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg.. 25	ENTRESTO TAB 97- 103MG 42
droxidopa .....47	EMTRIVA..... 24	enulose 76
DULERA AER 100- 5MCG .....93	EMVERM 21	EPCLUSA PAK 150- 37.5..... 26
DULERA AER 200- 5MCG .....93	emzabh 68	EPCLUSA PAK 200- 50MG 26
DULERA AER 50-5MCG.....93	enalapril maleate ... 42	EPCLUSA TAB 200- 50MG 26
duloxetine hcl .....49	enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg 41	EPCLUSA TAB 400-100 26
DUPIXENT .....80	enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg 41	EPIDIOLEX 55
dutasteride .....77	ENBREL 80	epinephrine (anaphylaxis) 47, 91
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg.....77	ENBREL MINI..... 80	epitol 55
e.e.s. 400 .....27	ENBREL SURECLICK 80	eplerenone 42
econazole nitrate ....94	endocet tab 10-325mg 20	EPRONTIA 55
EDURANT .....24		ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg 60
efavirenz .....24		ERIVEDGE 34
		ERLEADA..... 31
		erlotinib hcl 34
		errin 68
		ertapenem sodium .21

ery	94	etoposide	32	FETZIMA	49
ery-tab.....	27	etravirine	24	FETZIMA CAP	
ERYTHROCIN		EULEXIN	31	TITRATIO	49
LACTOBIONATE ...	27	euthyrox	74	FIASP	65
erythromycin (acne		everolimus	34	FIASP FLEXTOUCH..	65
aid).....	94	everolimus		FIASP PENFILL	65
erythromycin (ophth)		(immunosuppressan		FIASP PUMPCART ...	65
.....	87	t)	83	finasteride	77
erythromycin base ..	27	EVOTAZ TAB 300-150		finolimod hcl	61
erythromycin		.....	25	FINTEPLA	55
ethylsuccinate	27	exemestane	31	finzala.....	68
erythromycin		EYSUVIS	89	FIRMAGON	31
lactobionate	28	ezetimibe.....	44	flac.....	89
escitalopram oxalate		ezetimibe-simvastatin		FLAREX	88
.....	49	tab 10-10 mg	44	FLEBOGAMMA DIF ..	82
esomeprazole		ezetimibe-simvastatin		flecainide acetate ...	44
magnesium	77	tab 10-20 mg	44	fluconazole	23
estarylla	68	ezetimibe-simvastatin		fluconazole in nacl	
estradiol	72	tab 10-40 mg	44	0.9% inj 200	
estradiol &		ezetimibe-simvastatin		mg/100ml	23
norethindrone		tab 10-80 mg	44	fluconazole in nacl	
acetate tab 0.5-0.1		FABRAZYME	73	0.9% inj 400	
mg.....	72	falmina	68	mg/200ml	23
estradiol &		famciclovir	26	flucytosine.....	23
norethindrone		famotidine	76	fludrocortisone acetate	
acetate tab 1-0.5		famotidine in nacl		.....	72
mg.....	72	0.9% iv soln 20		flunisolide (nasal)...	92
estradiol vaginal	72	mg/50ml.....	76	fluocinolone acetonide	
estradiol valerate....	72	FANAPT	52	.....	95
eszopiclone	59	FANAPT PAK.....	52	fluocinolone acetonide	
ethambutol hcl	25	FARXIGA.....	63	(otic)	89
ethosuximide	55	FASENRA	91	fluocinonide	95
ethynodiol diacetate &		FASENRA PEN.....	91	fluocinonide emulsified	
ethinyl estradiol tab		feirza 1.5/30	68	base	95
1 mg-35 mcg	68	feirza 1/20	68	fluorometholone	
ethynodiol diacetate &		felbamate	55	(ophth)	88
ethinyl estradiol tab		felodipine.....	46	fluorouracil	30
1 mg-50 mcg	68	fenofibrate	44	fluorouracil (topical)	96
etodolac	19	fenofibrate micronized		fluoxetine hcl	49
etonogestrel-ethinyl		.....	44	fluphenazine	
estradiol va ring		fentanyl	19	decanoate.....	52
0.12-0.015 mg/24hr		fesoterodine fumarate		fluphenazine hcl	52
.....	68	.....	78	flurbiprofen	19

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

<i>flurbiprofen sodium</i>.....88	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i> 72	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> 87
<i>fluticasone propionate</i> .....95	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i> 72	<i>gentamicin sulfate (topical)</i> 94
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> .....92	FYCOMPA..... 55	GENVOYA TAB 25
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i> .....93	<i>gabapentin</i> 55	GILOTRIF 34
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i> .....93	<i>galantamine hydrobromide</i> 48	<i>glatiramer acetate</i> .. 61
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i> .....93	<i>gallifrey</i> 74	<i>glatopa</i> 61
<i>fluvoxamine maleate</i> 48	GAMASTAN INJ..... 82	GLEOSTINE 30
<i>fondaparinux sodium</i> .....78	GAMMAGARD LIQUID 82	<i>glimepiride</i> 63
<i>fosamprenavir calcium</i> .....24	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH..... 82	<i>glipizide</i> 63
<i>fosinopril sodium</i> ....42	GAMMAKED 82	<i>glipizide xl</i> 63
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> ...41	GAMMAPLEX..... 83	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i> ... 63
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> ...41	GAMUNEX-C..... 83	<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg</i> ... 63
FOTIVDA 34	<i>ganciclovir sodium</i> . 26	<i>glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg</i> 63
FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR 97	GARDASIL 9 84	<i>glycopyrrolate</i> 75
FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR 97	<i>gatifloxacin (ophth)</i> 87	<i>glydo</i> 96
FREESTY LIBR KIT SENSOR 97	GATTEX 77	GLYXAMBI TAB 10-5 MG 63
FREESTY LIBR MIS 2 READER.....97	GAUZE PADS 2 65	GLYXAMBI TAB 25-5 MG 63
FREESTY LIBR MIS 3 READER.....97	<i>gavilyte-c</i> 76	GOMEKLI..... 34
FREESTYLE MIS READER.....97	<i>gavilyte-g</i> 76	<i>granisetron hcl</i> 75
FRINDOVYX 30	<i>gavilyte-n/flavor pack</i> 76	<i>griseofulvin microsize</i> 23
FRUZAQLA..... 34	GAVRETO..... 34	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> 23
FULPHILA 79	<i>gefitinib</i> 34	<i>guanfacine hcl</i> 47
<i>fulvestrant</i> 31	<i>gemcitabine hcl</i> 30	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> 58
<i>furosemide</i> 46	<i>gemfibrozil</i> 44	HAEGARDA..... 79
<i>furosemide inj</i> 46	GEMTESA..... 78	<i>hailey 1.5/30</i> 68
FUZEON 24	<i>generlac</i> 76	<i>hailey 24 fe</i> 68
	<i>gengraf</i> 83	<i>halobetasol propionate</i> 95
	GENOTROPIN 73	<i>haloette</i> 68
	GENOTROPIN MINIQUICK 73	<i>haloperidol</i> 52
	<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i> 21	<i>haloperidol decanoate</i> 52
	<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i> 21	<i>haloperidol lactate</i> .. 52
	<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i> 21	HARVONI PAK 33.75-150MG 26
	<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i> 21	HARVONI PAK 45-200MG 26
	<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i> 21	
	<i>gentamicin sulfate</i> .. 21	

HARVONI TAB 45- 200MG 26	hydrocodone- acetaminophen tab 7.5-325 mg 20	imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg 21
HARVONI TAB 90- 400MG 26	hydrocodone- ibuprofen tab 7.5- 200 mg 20	imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg 21
HAVRIX 84	hydrocortisone 72	imipramine hcl 49
heather 68	hydrocortisone (intrarectal) 76	imiquimod 96
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT 78	hydrocortisone (rectal) 96	IMKELDI 35
heparin sodium (porcine) 78	hydrocortisone (topical) 95	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) 84
HEPLISAV-B 84	hydrocortisone sod succinate 72	IMPAVIDO 21
HERCEP HYLEC SOL 60-10000 34	hydrocortisone valerate 95	INBRIJA 50
HERCEPTIN 34	hydromorphone hcl 20	incassia 68
HERZUMA 35	hydroxychloroquine sulfate 82	INCRELEX 73
HIBERIX 84	hydroxyurea 32	INCRUSE ELLIPTA... 90
HUMIRA 80	hydroxyzine hcl 90	indapamide 46
HUMIRA PEN 80	hydroxyzine pamoate 90	INFANRIX INJ 84
HUMIRA PEN KIT PS/UV 80	ibandronate sodium 66	INFLIXIMAB 81
HUMIRA PEN- CD/UC/HS START 81	IBRANCE 35	INLYTA 35
HUMIRA PEN- PEDIATRIC UC S.. 81	ibu 19	INQOVI TAB 35- 100MG 30
HUMULIN R U-500 (CONCENTR 65	ibuprofen 19	INREBIC 35
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 65	icatibant acetate 79	INSULIN PEN NEEDLES: BD- EMBECTA 65
hydralazine hcl 47	iclevia 68	INSULIN SAFETY NEEDLES: BD- EMBECTA 65
hydrochlorothiazide 46	ICLUSIG 35	INSULIN SYRINGES: BD-EMBECTA 65
hydrocodone bitartrate 19	IDACIO (2 PEN) 81	INTELENCE 24
hydrocodone- acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml 20	IDACIO (2 SYRINGE) 81	INTRALIPID 87
hydrocodone- acetaminophen tab 10-325 mg 20	IDACIO CROHN INJ DISEASE 81	introvale 68
hydrocodone- acetaminophen tab 5-325 mg 20	IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS 81	INVEGA HAFYERA... 52
	IDHIFA 35	INVEGA SUSTENNA 52
	imatinib mesylate .. 35	INVEGA TRINZA 52
	IMBRUVICA 35	IPOLE INJ INACTIVE . 84
		ipratropium bromide 90
		ipratropium bromide (nasal) 90



질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

<i>ipratropium-albuterol</i>	JAYPIRCA.....	35	<i>kcl 30 meq/l (0.224%)</i>
<i>nebu soln 0.5-2.5(3)</i>	JENTADUETO TAB 2.5-		<i>in dextrose 5% &</i>
<i>mg/3ml</i>	1000	63	<i>nacl 0.45% inj.....</i>
<i>irbesartan</i>	JENTADUETO TAB 2.5-		<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>
<i>irbesartan-</i>	500	63	<i>dextrose 5% & nacl</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	JENTADUETO TAB 2.5-		<i>0.45% inj</i>
<i>tab 150-12.5 mg</i> .42	850	63	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>
<i>irbesartan-</i>	JENTADUETO TAB XR		<i>dextrose 5% & nacl</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	2.5-1000MG	63	<i>0.9% inj</i>
<i>tab 300-12.5 mg</i> .42	JENTADUETO TAB XR		<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>
<i>irinotecan hcl</i>	5-1000MG	63	<i>nacl 0.9% inj</i>
ISENTRESS.....	<i>jinteli</i>	72	KCL/D5W/NACL INJ
ISENTRESS HD.....	<i>jolessa</i>	68	0.3/0.9%.....
<i>isibloom</i>	<i>juleber</i>	68	<i>kelnor 1/35</i>
ISOLYTE-P INJ /D5W	JULUCA TAB 50-25MG		<i>kelnor 1/50</i>
.....	.....	25	KERENDIA
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	<i>junel 1.5/30</i>	68	KESIMPTA
.....	<i>junel 1/20</i>	68	<i>ketoconazole</i>
<i>isoniazid</i>	<i>junel fe 1.5/30</i>	68	<i>ketoconazole (topical)</i>
<i>isosorbide dinitrate</i> .47	<i>junel fe 1/20</i>	69	.....
<i>isosorbide mononitrate</i>	<i>junel fe 24</i>	69	<i>ketorolac</i>
.....	JYLAMVO	82	<i>tromethamine</i>
<i>isotretinoin</i>	JYNNEOS	84	<i>(ophth)</i>
<i>isradipine</i>	KADCYLA	35	KEYTRUDA.....
ITOVEBI	<i>kaitlib fe</i>	69	KINRIX INJ
<i>itraconazole</i>	KALYDECO	91	<i>kionex</i>
<i>ivabradine hcl</i>	KANJINTI	35	KISQALI 200 DOSE. 35
<i>ivermectin</i>	<i>kariva</i>	69	KISQALI 200 PAK
IWILFIN	<i>kcl 10 meq/l (0.075%)</i>		FEMARA
IXCHIQ INJ	<i>in dextrose 5% &</i>		KISQALI 400 DOSE. 36
IXIARO INJ	<i>nacl 0.45% inj</i>	85	KISQALI 400 PAK
JAKAFI	<i>kcl 20 meq/l (0.149%)</i>		FEMARA
<i>jantoven</i>	<i>in nacl 0.45% inj.</i>	85	KISQALI 600 DOSE. 36
JANUMET TAB 50-	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>		KISQALI 600 PAK
1000	<i>in dextrose 5% &</i>		FEMARA
JANUMET TAB 50-	<i>nacl 0.2% inj</i>	85	<i>klayesta</i>
500MG	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>		<i>klor-con</i>
JANUMET XR TAB 100-	<i>in dextrose 5% &</i>		<i>klor-con 10</i>
1000	<i>nacl 0.45% inj</i>	85	<i>klor-con 8</i>
JANUMET XR TAB 50-	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>		<i>klor-con m10</i>
1000	<i>in dextrose 5% &</i>		<i>klor-con m15</i>
JANUMET XR TAB 50-	<i>nacl 0.9% inj</i>	85	<i>klor-con m20</i>
500MG	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>		KOSELUGO
JANUVIA.....	<i>in nacl 0.45% inj.</i>	85	<i>kourzeq</i>
JARDIANCE	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>		KRAZATI
<i>jasmiel</i>	<i>in nacl 0.9% inj ..</i>	85	<i>kurvelo</i>
<i>javygtor</i>			<i>labetalol hcl</i>

<i>lacosamide</i>	55	<i>lessina</i>	69	<i>day) tab 0.15-0.03</i>	
<i>lacosamide oral</i>	55	<i>letrozole</i>	31	<i>mg</i>	69
<i>lactated ringer's</i>		<i>leucovorin calcium</i> .	41	<i>levonorgestrel &</i>	
<i>solution</i>	85	LEUKERAN	30	<i>ethinyl estradiol tab</i>	
<i>lactic acid (ammonium</i>		<i>leuprolide acetate</i> ..	31	<i>0.1 mg-20 mcg ...</i>	69
<i>lactate)</i>	96	<i>levalbuterol hcl</i>	90	<i>levonorgestrel &</i>	
<i>lactulose</i>	76	<i>levalbuterol tartrate</i>	90	<i>ethinyl estradiol tab</i>	
<i>lactulose</i>		<i>levetiracetam</i>	55	<i>0.15 mg-30 mcg..</i>	69
<i>(encephalopathy).</i>	76	LEVETIRACETAM	55	<i>levonorgestrel-eth</i>	
<i>lamivudine</i>	24	<i>levetiracetam in</i>		<i>estra tab 0.05-</i>	
<i>lamivudine (hbv)</i>	26	<i>sodium chloride iv</i>		<i>30/0.075-40/0.125-</i>	
<i>lamivudine-zidovudine</i>		<i>soln 1000 mg/100ml</i>		<i>30mg-mcg.....</i>	69
<i>tab 150-300 mg</i> ..	25	.....	56	<i>levonorgestrel-ethinyl</i>	
<i>lamotrigine</i>	55	<i>levetiracetam in</i>		<i>estradiol</i>	
<i>lanreotide acetate...</i>	73	<i>sodium chloride iv</i>		<i>(continuous) tab 90-</i>	
<i>lansoprazole</i>	77	<i>soln 1500 mg/100ml</i>		<i>20 mcg</i>	69
<i>lapatinib ditosylate</i> .	36	.....	56	<i>levonorg-eth est tab</i>	
<i>larin 1.5/30</i>	69	<i>levetiracetam in</i>		<i>0.1-0.02mg(84) &</i>	
<i>larin 1/20</i>	69	<i>sodium chloride iv</i>		<i>eth est tab</i>	
<i>larin 24 fe</i>	69	<i>soln 500 mg/100ml</i>		<i>0.01mg(7).....</i>	69
<i>larin fe 1.5/30</i>	69	.....	56	<i>levonorg-eth est tab</i>	
<i>larin fe 1/20</i>	69	<i>levobunolol hcl</i>	88	<i>0.15-0.03mg(84) &</i>	
<i>latanoprost</i>	88	<i>levocarnitine</i>		<i>eth est tab</i>	
<i>layolis fe</i>	69	<i>(metabolic</i>		<i>0.01mg(7).....</i>	69
LAZCLUZE	36	<i>modifiers)</i>	73	<i>levora 0.15/30-28 ..</i>	69
<i>leflunomide</i>	82	<i>levocetirizine</i>		<i>levo-t.....</i>	74
<i>lenalidomide</i>	31, 32	<i>dihydrochloride ...</i>	90	<i>levothyroxine sodium</i>	
LENVIMA 10 MG DAILY		<i>levofloxacin</i>	28	.....	74
DOSE	36	<i>levofloxacin in d5w iv</i>		<i>levoxyl</i>	74
LENVIMA 12MG DAILY		<i>soln 250 mg/50ml</i>	28	<i>l-glutamine (sickle</i>	
DOSE	36	<i>levofloxacin in d5w iv</i>		<i>cell)</i>	79
LENVIMA 20 MG DAILY		<i>soln 500 mg/100ml</i>		<i>lidocaine</i>	96
DOSE	36	.....	28	<i>lidocaine hcl</i>	96
LENVIMA 4 MG DAILY		<i>levofloxacin in d5w iv</i>		<i>lidocaine hcl (local</i>	
DOSE	36	<i>soln 750 mg/150ml</i>		<i>anesth.)</i>	19
LENVIMA 8 MG DAILY		.....	28	<i>lidocaine hcl (mouth-</i>	
DOSE	36	<i>levonest</i>	69	<i>throat)</i>	97
LENVIMA CAP 14 MG		<i>levonor-eth est tab</i>		<i>lidocaine-prilocaine</i>	
.....	36	<i>0.15-</i>		<i>cream 2.5-2.5% ..</i>	96
LENVIMA CAP 18 MG		<i>0.02/0.025/0.03 mg</i>		<i>lidocan</i>	96
.....	36	<i>&eth est 0.01 mg</i>	69	LILETTA	69
LENVIMA CAP 24 MG		<i>levonorgestrel &</i>		<i>linezolid</i>	22
.....	36	<i>ethinyl estradiol (91-</i>			

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

LINEZOLID INJ 2MG/ML.....	22	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg ..</i>	43	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml.....</i>	86
LINZESS.....	77	LOTEMAX.....	88	<i>malathion.....</i>	97
<i>liothyronine sodium</i>	74	<i>loteprednol etabonate</i>	88	<i>maraviroc.....</i>	24
<i>lisinopril</i>	42	<i>lovastatin.....</i>	44	<i>marlissa</i>	69
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg ...</i>	41	<i>low-ogestrel</i>	69	MARPLAN	49
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg ...</i>	41	<i>loxapine succinate..</i>	52	MATULANE	32
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	41	LUMAKRAS.....	36	MAVYRET PAK 50- 20MG.....	26
<i>lithium</i>	60	LUMIGAN	88	MAVYRET TAB 100- 40MG.....	26
<i>lithium carbonate ...</i>	60	LUMIZYME	73	<i>meclizine hcl.....</i>	75
LIVTENCITY	26	LUPRON DEPOT (1- MONTH).....	31	<i>medroxyprogesterone acetate.....</i>	74
<i>loestrin 1.5/30-21 ..</i>	69	LUPRON DEPOT (3- MONTH).....	31	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)....</i>	70
<i>loestrin 1/20-21</i>	69	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH.....	73	<i>mefloquine hcl</i>	23
<i>loestrin fe 1.5/30....</i>	69	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH.....	73	<i>megestrol acetate .</i>	31, 74
<i>loestrin fe 1/20</i>	69	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH.....	73	<i>megestrol acetate (appetite)</i>	74
LOKELMA.....	67	<i>lurasidone hcl</i>	52	MEKINIST.....	37
LONSURF TAB 15-6.14	30	<i>lutea</i>	69	MEKTOVI.....	37
LONSURF TAB 20-8.19	30	LYBALVI TAB 10-10MG	52	<i>meloxicam.....</i>	19
<i>loperamide hcl</i>	77	LYBALVI TAB 15-10MG	52	<i>memantine hcl</i>	48
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	25	LYBALVI TAB 20-10MG	52	<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack .</i>	48
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg.....</i>	25	LYBALVI TAB 5-10MG	52	<i>memantine hcl- donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg....</i>	48
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg.....</i>	25	<i>lyleq.....</i>	69	<i>memantine hcl- donepezil hcl cap er 24hr 21-10 mg....</i>	48
<i>lorazepam</i>	48	<i>lyllana</i>	72	<i>memantine hcl- donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg....</i>	48
<i>lorazepam intensol .</i>	48	LYNPARZA.....	37	MENACTRA INJ.....	84
LORBRENA.....	36	LYSODREN	31	MENQUADFI	84
<i>loryna</i>	69	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	37	MENVEO INJ	84
<i>losartan potassium .</i>	43	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	37	MENVEO SOL	84
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg .</i>	43	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	37	<i>mercaptopurine.....</i>	30
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	43	<i>lyza.....</i>	69	<i>meropenem</i>	22
		<i>magnesium sulfate .</i>	86	<i>mesalamine</i>	76
		MAGNESIUM SULFATE	86		

<i>mesalamine w/</i>	<i>metirosine</i> 47	<i>multiple electrolytes</i>
<i>cleanser</i> 76	<i>mibelas 24 fe</i> 70	<i>ph 7.4</i> 86
<i>mesna</i> 41	<i>micafungin sodium</i> . 23	<i>mupirocin</i> 94
<i>MESNEX</i> 41	<i>microgestin 1.5/30</i> . 70	<i>mycophenolate mofetil</i>
<i>metformin hcl</i> .. 63, 64	<i>microgestin 1/20</i> ... 70	 83
<i>methadone hcl</i> 20	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	<i>mycophenolate</i>
<i>methadone</i>	 70	<i>sodium</i> 83
<i>hydrochloride i</i> 20	<i>microgestin fe 1/20</i> 70	<i>MYRBETRIQ</i> 78
<i>methazolamide</i> 46	<i>midodrine hcl</i> 47	<i>nabumetone</i> 19
<i>methenamine</i>	<i>MIEBO</i> 89	<i>nadolol</i> 45
<i>hippurate</i> 22	<i>mifepristone</i>	<i>nafticillin sodium</i> 29
<i>methimazole</i> 74	<i>(hyperglycemia)</i> .. 73	<i>NAGLAZYME</i> 73
<i>methocarbamol</i> 61, 62	<i>mili</i> 70	<i>nalbuphine hcl</i> 20
<i>methotrexate sodium</i>	<i>mimvey</i> 72	<i>naloxone hcl</i> 62
..... 30, 82	<i>minocycline hcl</i> 29	<i>naltrexone hcl</i> 62
<i>methsuximide</i> 56	<i>minoxidil</i> 47	<i>NAMZARIC CAP 14-</i>
<i>methylphenidate hcl</i>	<i>mirtazapine</i> 49	<i>10MG</i> 48
..... 58, 59	<i>misoprostol</i> 77	<i>NAMZARIC CAP 21-</i>
<i>methylprednisolone</i> 72	<i>MITIGARE</i> 19	<i>10MG</i> 48
<i>methylprednisolone</i>	<i>M-M-R II INJ</i> 84	<i>NAMZARIC CAP 28-</i>
<i>acetate</i> 72	<i>M-NATAL PLUS TAB</i> 86	<i>10MG</i> 48
<i>methylprednisolone</i>	<i>modafinil</i> 62	<i>NAMZARIC CAP 7-</i>
<i>sod succ</i> 72	<i>moexipril hcl</i> 42	<i>10MG</i> 48
<i>methyltestosterone</i> . 63	<i>molindone hcl</i> 52	<i>NAMZARIC CAP PACK</i>
<i>metoclopramide hcl</i> 75	<i>mometasone furoate</i>	 48
<i>metolazone</i> 46	 95	<i>naproxen</i> 19
<i>metoprolol &</i>	<i>MONJUVI</i> 37	<i>naproxen dr</i> 19
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>mono-lynyah</i> 70	<i>naproxen sodium</i> 19
<i>tab 100-25 mg</i> 45	<i>montelukast sodium</i> 91	<i>naratriptan hcl</i> 60
<i>metoprolol &</i>	<i>morphine sulfate</i> 20	<i>NATACYN</i> 87
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>MOUNJARO</i> 64	<i>nateglinide</i> 64
<i>tab 100-50 mg</i> 45	<i>MOVANTIK</i> 77	<i>NAYZILAM</i> 56
<i>metoprolol &</i>	<i>moxifloxacin hcl</i> 28	<i>nebivolol hcl</i> 45
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>moxifloxacin hcl</i>	<i>necon 0.5/35-28</i> 70
<i>tab 50-25 mg</i> 45	<i>(ophth)</i> 87	<i>nefazodone hcl</i> 49
<i>metoprolol succinate</i>	<i>moxifloxacin hcl 400</i>	<i>neomycin sulfate</i> 22
..... 45	<i>mg/250ml in sodium</i>	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>
<i>metoprolol tartrate</i> . 45	<i>chloride 0.8% inj.</i> 28	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>
<i>metronidazole</i> 22	<i>MRESVIA</i> 84	<i>400unt-10000unt op</i>
<i>metronidazole</i>	<i>MULTAQ</i> 44	<i>oin</i> 87
<i>(topical)</i> 96	<i>multiple electrolytes</i>	<i>neomycin-polymy-</i>
<i>metronidazole vaginal</i>	<i>ph 5.5</i> 86	<i>gramicid op sol</i>
..... 78		<i>1.75-10000-</i>

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

0.025mg-unt-mg/ml.....88	nitroglycerin (intra- anal) 96	nortrel 1/35 (21).... 70
neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth oint 0.1% ..87	nizatidine 76	nortrel 1/35 (28).... 70
neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth susp 0.1% .87	nora-be 70	nortrel 7/7/7..... 70
neomycin-polymyxin- hc ophth susp.....87	norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr 70	nortriptyline hcl..... 49
neomycin-polymyxin- hc otic soln 1%....89	norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg..... 70	NORVIR 24
neomycin-polymyxin- hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1% .....89	norethindrone (contraceptive) ... 70	NOVOLIN INJ 70/30 65
neo-polycin 5(3.5)mg- 400unt-10000unt op oin .....87	norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg..... 70	NOVOLIN INJ 70/30 FP 65
neo-polycin hc ophth oint 1% .....87	norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg 70	NOVOLIN N 65
NERLYNX .....37	norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)70	NOVOLIN N FLEXPEN 65
nevirapine 24	norethindrone acetate 74	NOVOLIN R..... 65
NEXLETOL 44	norethindrone acetate- ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg .. 72	NOVOLIN R FLEXPEN 65
NEXLIZET TAB 180/10MG .....44	norethindrone acetate- ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg 72	NOVOLOG 65
NEXPLANON..... 70	norethindrone ac- ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg- mcg..... 70	NOVOLOG FLEXPEN 65
niacin (antihyperlipidemic) 44	norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg 70	NOVOLOG MIX INJ 70/30..... 65
nicardipine hcl..... 46	norgestimate-eth estradiol tab 0.18- 25/0.215-25/0.25- 25 mg-mcg 70	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN..... 65
NICOTROL INHALER 62	norgestimate-eth estradiol tab 0.18- 35/0.215-35/0.25- 35 mg-mcg 70	NOVOLOG PENFILL . 65
NICOTROL NS 62	norlyroc 70	NUBEQA..... 31
nifedipine 46	nortrel 0.5/35 (28). 70	NUDEXTA CAP 20- 10MG..... 60
nikki 70		NULOJIX 83
nilutamide 31		NUPLAZID 52
nimodipine..... 46		NURTEC 60
NINLARO 37		NUTRILIPID 87
nitazoxanide 22		NUZYRA 29
nitisinone 73		nyamyc..... 94
NITRO-BID 47		nylia 1/35..... 70
nitrofurantoin macrocrystal 22		nylia 7/7/7 70
nitrofurantoin monohyd macro .. 22		nystatin 23
nitroglycerin 47		nystatin (mouth- throat) 97
		nystatin (topical) 94
		nystop 94
		ocella..... 70
		OCTAGAM..... 83
		octreotide acetate .. 74
		ODEFSEY TAB 25
		ODOMZO..... 37
		OFEV 91
		ofloxacin (ophth).... 88
		ofloxacin (otic)..... 89
		OGIVRI 37
		OGSIVEO 37

OJEMDA	37	OMNIPOD 5 DX MIS		ORKAMBI TAB 100-	
OJJAARA.....	37	POD G7G6.....	65	125.....	91
olanzapine	52, 53	OMNIPOD 5 G7 KIT		ORKAMBI TAB 200-	
olmesartan medoxomil		INTRO	66	125.....	91
.....	43	OMNIPOD 5 G7 MIS		ORSERDU.....	31
olmesartan		PODS.....	66	oseltamivir phosphate	
medoxomil-		OMNIPOD 5 LB KIT		.....	26
hydrochlorothiazide		INTRO G6	66	oxacillin sodium	29
tab 20-12.5 mg ...	43	OMNIPOD 5 LB MIS		oxaliplatin	30
olmesartan		PODS G6.....	66	oxcarbazepine.....	56
medoxomil-		OMNIPOD DASH KIT		oxybutynin chloride	78
hydrochlorothiazide		INTRO	66	oxycodone hcl.....	20
tab 40-12.5 mg ...	43	OMNIPOD DASH MIS		oxycodone w/	
olmesartan		PODS.....	66	acetaminophen tab	
medoxomil-		OMNIPOD GO KIT		10-325 mg	20
hydrochlorothiazide		10UNT/DY	66	oxycodone w/	
tab 40-25 mg	43	OMNIPOD GO KIT		acetaminophen tab	
olmesartan-		15UNT/DY	66	2.5-325 mg	20
amlodipine-		OMNIPOD GO KIT		oxycodone w/	
hydrochlorothiazide		20UNT/DY	66	acetaminophen tab	
tab 20-5-12.5 mg	43	OMNIPOD GO KIT		5-325 mg	20
olmesartan-		25UNT/DY	66	oxycodone w/	
amlodipine-		OMNIPOD GO KIT		acetaminophen tab	
hydrochlorothiazide		30UNT/DY	66	7.5-325 mg	20
tab 40-10-12.5 mg		OMNIPOD GO KIT		OXYCONTIN.....	20
.....	43	35UNT/DY	66	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
olmesartan-		OMNIPOD GO KIT		MG/DOSE)	64
amlodipine-		40UNT/DY	66	OZEMPIC (0.25 OR	
hydrochlorothiazide		OMNIPOD MIS		0.5MG/DOSE)	64
tab 40-10-25 mg .	43	CLASSIC	66	OZEMPIC (1MG/DOSE)	
olmesartan-		ondansetron.....	75	.....	64
amlodipine-		ondansetron hcl.....	75	OZEMPIC (2MG/DOSE)	
hydrochlorothiazide		ONTRUZANT.....	37	.....	64
tab 40-5-12.5 mg	43	ONUREG	30	pacerone	44
olmesartan-		OPIPZA.....	53	paclitaxel	32
amlodipine-		OPSUMIT	47	paclitaxel inj 100mg	32
hydrochlorothiazide		ORGOVYX	31	paliperidone.....	53
tab 40-5-25 mg ...	43	ORKAMBI GRA 100-		pamidronate disodium	
omega-3-acid ethyl		125	91	.....	66
esters cap 1 gm...	44	ORKAMBI GRA 150-		PAMIDRONATE	
omeprazole.....	77	188	91	DISODIUM.....	66
OMNIPOD 5 DX KIT		ORKAMBI GRA 75-		PANRETIN	96
INT G7G6	65	94MG	91		



질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

<i>pantoprazole sodium</i>	<i>phenytek</i>	PIQRAY 300MG DAILY
.....77	<i>phenytoin</i>	DOSE.....38
PANZYGA.....83	<i>phenytoin sodium</i> ..	<i>pirfenidone</i>
<i>paricalcitol</i>	<i>phenytoin sodium</i>	<i>piroxicam</i>
<i>paroxetine hcl</i>	extended.....	<i>plenamine</i>
PAXLOVID PAK	PHESGO SOL.....	PLENVU SOL.....
PAXLOVID TAB 150-	<i>philith</i>	<i>podofilox</i>
100.....26	PIFELTRO.....	<i>polycin ophth oint</i> ...
PAXLOVID TAB 300-	<i>pilocarpine hcl</i>	<i>polymyxin b sulfate</i> 22
100.....26	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	<i>polymyxin b-</i>
<i>pazopanib hcl</i>.....	.....	<i>trimethoprim ophth</i>
PEDIARIX INJ 0.5ML84	<i>pimecrolimus</i>	<i>soln 10000 unit/ml-</i>
PEDVAX HIB	<i>pimozide</i>	0.1%
<i>peg 3350-kcl-na</i>	<i>pimtrea</i>	POMALYST.....
<i>bicarb-nacl-na</i>	<i>pindolol</i>	<i>portia-28</i>
<i>sulfate for soln 236</i>	<i>pioglitazone hcl</i>	<i>posaconazole</i>
<i>gm</i>.....76	<i>pioglitazone hcl-</i>	POT CHL 20MEQ/L IN
<i>peg 3350-kcl-sod</i>	<i>metformin hcl tab</i>	NACL 0.45% INJ..
<i>bicarb-nacl for soln</i>	15-500 mg	POT CHL 20MEQ/L IN
420 gm	<i>pioglitazone hcl-</i>	NACL 0.9% INJ ...
PEGASYS.....26	<i>metformin hcl tab</i>	POT CHL 40MEQ/L IN
PEMAZYRE	15-850 mg	NACL 0.9% INJ ...
<i>pemetrexed disodium</i>	<i>piperacillin sod-</i>	<i>potassium chloride</i> .86
.....30	<i>tazobactam na for</i>	<i>potassium chloride 20</i>
PENBRAYA INJ.....	<i>inj 3.375 gm (3-</i>	<i>meq/l (0.15%) in</i>
<i>penicillamine</i>	0.375 gm).....	<i>dextrose 5% inj</i> ...86
<i>penicillin g potassium</i>	<i>piperacillin sod-</i>	<i>potassium chloride</i>
.....29	<i>tazobactam sod for</i>	<i>microencapsulated</i>
<i>penicillin g sodium</i> ..	<i>inj 13.5 gm (12-1.5</i>	<i>crystals er</i>
<i>penicillin v potassium</i>	gm).....	<i>potassium citrate</i>
.....29	<i>piperacillin sod-</i>	<i>(alkalinizer)</i>
PENTACEL INJ	<i>tazobactam sod for</i>	<i>pramipexole</i>
<i>pentamidine</i>	<i>inj 2.25 gm (2-0.25</i>	<i>dihydrochloride</i> ...
<i>isethionate inh</i>	gm).....	<i>prasugrel hcl</i>
22	<i>piperacillin sod-</i>	<i>pravastatin sodium</i> .44
<i>pentamidine</i>	<i>tazobactam sod for</i>	<i>praziquantel</i>
<i>isethionate inj</i>	<i>inj 4.5 gm (4-0.5</i>	<i>prazosin hcl</i>
22	gm).....	<i>prednisolone</i>
<i>pentoxifylline</i>	<i>piperacillin sod-</i>	<i>prednisolone acetate</i>
79	<i>tazobactam sod for</i>	<i>(ophth)</i>
<i>perindopril erbumine</i>	<i>inj 40.5 gm (36-4.5</i>	PREDNISOLONE
.....42	gm).....	SODIUM PHOSP...88
<i>periogard</i>.....97	PIQRAY 200MG DAILY	<i>prednisolone sodium</i>
<i>permethrin</i>	DOSE	<i>phosphate</i>
<i>perphenazine</i>	37	<i>prednisone</i>
<i>pfizerpen</i>	PIQRAY 250MG TAB	72
<i>phenelzine sulfate</i> ...49	DOSE	PREDNISONE
<i>phenobarbital</i>.....56	37	INTENSOL
<i>phenobarbital sodium</i>		72
.....56		

<i>pregabalin</i>	56	PULMOZYME	92	REYATAZ	24
PREMASOL SOL 10%	87	PURIXAN	30	REZLIDHIA	38
PRENATAL TAB 27-1MG	86	<i>pyrazinamide</i>	25	REZUROCK	83
PRENATAL TAB PLUS	86	<i>pyridostigmine bromide</i>	60	RHOPRESSA	89
<i>prevalite</i>	45	<i>pyrimethamine</i>	22	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	26
PREVYMIS	26	PYZCHIVA	81	<i>rifabutin</i>	25
PREZCOBIX TAB 800-150	25	QINLOCK	38	<i>rifampin</i>	25
PREZISTA	24	QUADRACEL INJ 0.5ML	84	<i>riluzole</i>	60
PRIFTIN	25	<i>quetiapine fumarate</i>	53	<i>rimantadine hydrochloride</i>	26
<i>primaquine phosphate</i>	23	<i>quinapril hcl</i>	42	RINVOQ	81
PRIMAQUINE PHOSPHATE	23	<i>quinidine sulfate</i>	44	RINVOQ LQ	81
<i>primidone</i>	56	<i>quinine sulfate</i>	23	<i>risedronate sodium</i>	66
PRIORIX INJ	84	QULIPTA	60	<i>risperidone</i>	53
PRIVIGEN	83	RABAVERT INJ	84	<i>risperidone microspheres</i>	53
<i>probenecid</i>	19	<i>rabeprazole sodium</i>	77	<i>ritonavir</i>	24
<i>prochlorperazine</i>	75	RALDESY	49	<i>rivaroxaban</i>	79
<i>prochlorperazine edisylate</i>	75	<i>raloxifene hcl</i>	74	<i>rivastigmine</i>	48
<i>prochlorperazine maleate</i>	75	<i>ramipril</i>	42	<i>rivastigmine tartrate</i>	48
PROCRIT	79	<i>ranolazine</i>	47	<i>rivelsa</i>	70
<i>proctocort</i>	96	<i>rasagiline mesylate</i>	51	<i>rizatriptan benzoate</i>	60
<i>procto-med hc</i>	96	<i>reclipsen</i>	70	ROCKLATAN DRO ...	89
<i>proctosol hc</i>	96	RECOMBIVAX HB ...	84	<i>roflumilast</i>	92
<i>proctozone-hc</i>	96	REGRANEX	97	ROMVIMZA	38
<i>progesterone</i>	74	RELENZA DISKHALER	26	<i>ropinirole hydrochloride</i>	51
PROGRAF	83	RELISTOR	77	<i>rosuvastatin calcium</i>	44
PROLASTIN-C	92	REMICADE	81	ROTARIX SUS	84
PROLIA	66	RENFLEXIS	81	ROTATEQ SOL	84
<i>promethazine hcl</i>	75	<i>repaglinide</i>	64	<i>roweepra</i>	56
<i>propafenone hcl</i>	44	REPATHA	45	ROZLYTREK	38
<i>proparacaine hcl</i>	89	PUSHTRONEX SYSTEM	45	RUBRACA	38
<i>propranolol hcl</i>	45	REPATHA SURECLICK	45	<i>rufinamide</i>	56
<i>propylthiouracil</i>	74	RESTASIS	89	RUKOBIA	24
PROQUAD INJ	84	RESTASIS MULTIDOSE	89	RYBELSUS	64
PROSOL INJ 20% ...	87	RETEVMO	38	RYDAPT	38
<i>protriptyline hcl</i>	49	REVUFORJ	38	<i>sajazir</i>	79
		REXULTI	53	SANTYL	97
				<i>sapropterin dihydrochloride</i> ...	74

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

SCSEMBLIX	38	SOMATULINE DEPOT	74	<i>sumatriptan</i>	60
<i>scopolamine</i>	75	SOMAVERT.....	74	<i>sumatriptan succinate</i>	60
SECUADO	53	<i>sorafenib tosylate</i> ..	38	<i>sunitinib malate</i>	38
<i>selegiline hcl</i>	51	<i>sotalol hcl</i>	44	SUNLENCA	24
<i>selenium sulfide</i>	94	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	44	<i>syeda</i>	71
SELZENTRY.....	24	SOTYKTU	81	SYMDEKO TAB 100-150.....	92
SEREVENT DISKUS .	91	<i>spironolactone</i>	42	SYMDEKO TAB 50-75MG.....	92
<i>sertraline hcl</i>	50	<i>spironolactone & hydrochlorothiazide</i>		SYMPAZAN	56
<i>setlakin</i>	70	<i>tab 25-25 mg</i>	46	SYMTUZA TAB.....	25
<i>sharobel</i>	71	<i>sprintec 28</i>	71	SYNAREL.....	74
SHINGRIX	84	SPRITAM.....	56	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	64
SIGNIFOR.....	74	<i>sps</i>	67	SYNJARDY TAB 12.5-500.....	64
SIKLOS	79	<i>sps rectal</i>	67	SYNJARDY TAB 5-1000MG	64
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i>	47	<i>sronyx</i>	71	SYNJARDY XR TAB 10-1000	64
<i>silver sulfadiazine</i> ...	94	<i>ssd</i>	94	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000	64
SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	89	STELARA.....	81	SYNTHROID.....	74
<i>simliya</i>	71	STIVARGA.....	38	TABLOID	30
<i>simpesse</i>	71	<i>streptomycin sulfate</i>	22	TABRECTA.....	38
<i>simvastatin</i>	44	STRIBILD TAB	25	<i>tacrolimus</i>	83
<i>sirolimus</i>	83	<i>subvenite</i>	56	<i>tacrolimus (topical)</i>	96
SIRTURO	26	<i>sucrafate</i>	77	<i>tadalafil</i>	77
SKYRIZI	81	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	94	<i>tadalafil (pulmonary hypertension)</i>	47
SKYRIZI PEN.....	81	<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i>	88	TAFINLAR.....	38, 39
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	76	<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	87	TAGRISSO	39
<i>sodium chloride</i>	86	<i>sulfadiazine</i>	22	TALZENNA.....	39
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i>	97	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i> ..	22	<i>tamoxifen citrate</i>	31
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	86	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i> ..	22	<i>tamsulosin hcl</i>	78
SODIUM OXYBATE ..	62	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	22	<i>tarina 24 fe</i>	71
<i>sodium phenylbutyrate</i>	74	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	22	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	71
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> .	67	SULFAMYLON	94	TASIGNA.....	39
<i>solifenacin succinate</i>	78	<i>sulfasalazine</i>	76	<i>tasimelteon</i>	59
SOLIQUA INJ 100/33	66	<i>sulindac</i>	19	TAVNEOS	79
SOLTAMOX	31				
SOLU-CORTEF.....	73				

<i>tazarotene</i>	95	<i>testosterone</i>		TRADJENTA	64
<i>tazicef</i>	27	<i>enanthate</i>	63	<i>tramadol hcl</i>	20
TAZORAC	95	<i>testosterone pump</i> .	63	<i>tramadol-</i>	
TAZVERIK	39	<i>tetrabenazine</i>	60	<i>acetaminophen tab</i>	
TECENTRIQ	39	<i>tetracycline hcl</i>	29	37.5-325 mg	20
TECENTRIQ INJ		THALOMID	32	<i>trandolapril</i>	42
HYBREZA	39	THEO-24	92	<i>tranexamic acid</i>	79
TEFLARO	27	<i>theophylline</i>	92	<i>tranylcypromine</i>	
<i>telmisartan</i>	43	<i>thioridazine hcl</i>	53	<i>sulfate</i>	50
<i>telmisartan-</i>		<i>thiothixene</i>	53	TRAVASOL INJ 10% 87	
<i>amlodipine tab 40-</i>		<i>tiadylt er</i>	46	TRAZIMERA	39
10 mg	43	<i>tiagabine hcl</i>	57	<i>trazodone hcl</i>	50
<i>telmisartan-</i>		TIBSOVO	39	TRECATOR	26
<i>amlodipine tab 40-5</i>		<i>ticagrelor</i>	80	TRELEGY AER ELLIPTA	
mg	43	TICOVAC	84	100-62.5-25 MCG 89	
<i>telmisartan-</i>		<i>tigecycline</i>	29	TRELEGY AER ELLIPTA	
<i>amlodipine tab 80-</i>		<i>tilia fe</i>	71	200-62.5-25 MCG 90	
10 mg	43	<i>timolol maleate</i>	45	TREMFYA	81, 82
<i>telmisartan-</i>		<i>timolol maleate</i>		TREMFYA INDUCTION	
<i>amlodipine tab 80-5</i>		(<i>ophth</i>)	89	PACK FO	82
mg	43	<i>tinidazole</i>	22	<i>treprostinil</i>	48
<i>telmisartan-</i>		TIVICAY	24	TRESIBA	66
<i>hydrochlorothiazide</i>		TIVICAY PD	24	TRESIBA FLEXTOUCH	
<i>tab 40-12.5 mg ...</i>	43	<i>tizanidine hcl</i>	62	.....	66
<i>telmisartan-</i>		TOBI PODHALER	22	<i>tretinoin</i>	94
<i>hydrochlorothiazide</i>		TOBRADEX OIN 0.3-		<i>tretinoin</i>	
<i>tab 80-12.5 mg ...</i>	43	0.1%	87	(<i>chemotherapy</i>) ..	32
<i>telmisartan-</i>		<i>tobramycin</i>	22	<i>triamcinolone</i>	
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>tobramycin (ophth)</i>	88	<i>acetonide (mouth)</i>	97
<i>tab 80-25 mg</i>	43	<i>tobramycin sulfate</i> .	22	<i>triamcinolone</i>	
<i>temazepam</i>	59	<i>tobramycin-</i>		<i>acetonide (topical)</i>	
TENIVAC INJ 5-2LF .	84	<i>dexamethasone</i>		.....	95, 96
<i>tenofovir disoproxil</i>		<i>ophth susp 0.3-</i>		<i>triamterene &</i>	
<i>fumarate</i>	24	0.1%	87	<i>hydrochlorothiazide</i>	
TEPMETKO	39	<i>tolterodine tartrate</i> .	78	<i>cap 37.5-25 mg...</i>	46
<i>terazosin hcl</i>	42	<i>topiramate</i>	57	<i>triamterene &</i>	
<i>terbinafine hcl</i>	23	<i>toremifene citrate</i> ..	31	<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>terbutaline sulfate</i> ..	91	<i>torpenz</i>	39	<i>tab 37.5-25 mg ...</i>	46
<i>terconazole vaginal</i> .	78	<i>torsemide</i>	46	<i>triamterene &</i>	
TERIPARATIDE	66	TOUJEO MAX		<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>testosterone</i>	63	SOLOSTAR	66	<i>tab 75-50 mg</i>	46
<i>testosterone cypionate</i>		TOUJEO SOLOSTAR	66	<i>tridacaine ii</i>	96
.....	63	TPN ELECTROL INJ .	86	<i>triderm</i>	96



질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

<i>trientine hcl</i>	67	<i>tropium chloride</i> ...	78	VALTOCO 10 MG	
<i>tri-estarylla</i>	71	TRUE METRIX KIT AIR		DOSE	57
<i>trifluoperazine hcl</i> ...	53	.....	97	VALTOCO 15 MG	
<i>trifluridine</i>	88	TRUE METRIX KIT		DOSE	57
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .	51	METER	97	VALTOCO 20 MG	
TRIJARDY XR TAB ER		TRUE METRIX STRIPS		DOSE	57
24HR 10-5-1000MG		.....	97	VALTOCO 5 MG DOSE	
.....	64	TRULICITY	64	.....	57
TRIJARDY XR TAB ER		TRUMENBA.....	84	<i>valtya 1/50</i>	71
24HR 12.5-2.5-		TRUQAP	39	<i>vancomycin hcl</i>	22
1000MG.....	64	TRUXIMA	39	VANCOMYCIN INJ 1	
TRIJARDY XR TAB ER		TUKYSA	39	GM	22
24HR 25-5-1000MG		TURALIO	39	VANCOMYCIN INJ	
.....	64	<i>turqoz</i>	71	500MG	22
TRIJARDY XR TAB ER		<i>twice-daily</i>		VANCOMYCIN INJ	
24HR 5-2.5-1000MG		<i>clindamycin</i>		750MG	22
.....	64	<i>phosphate (topical)</i>		VANFLYTA	39
TRIKAFTA PAK 59.5MG		.....	94	VAQTA	85
.....	92	TWINRIX INJ	85	<i>varenicline tartrate</i> .	62
TRIKAFTA PAK 75MG		TYBOST	24	<i>varenicline tartrate tab</i>	
.....	92	<i>tydemy</i>	71	11 x 0.5 mg & 42 x	
TRIKAFTA TAB 100-		TYENNE	82	1 mg start pack...	62
50-75MG & 150MG		TYPHIM VI	85	VARIVAX	85
.....	92	UBRELVY	60	VASCEPA.....	45
TRIKAFTA TAB 50-25-		<i>unithroid</i>	75	VAXCHORA SUS	85
37.5MG & 75MG ..	92	<i>ursodiol</i>	77	<i>velivet</i>	71
<i>tri-legest fe</i>	71	<i>valacyclovir hcl</i>	26	VELSIPITY	82
<i>tri-lynyah</i>	71	VALCHLOR	96	VENCLEXTA	39
<i>tri-lo-estarylla</i>	71	<i>valganciclovir hcl</i> ...	26	VENCLEXTA TAB	
<i>tri-lo-marzia</i>	71	<i>valproate sodium</i> ...	57	START PK	39
<i>tri-lo-mili</i>	71	<i>valproic acid</i>	57	<i>venlafaxine hcl</i>	50
<i>tri-lo-sprintec</i>	71	<i>valsartan</i>	43	VENTOLIN HFA.....	91
<i>trimethoprim</i>	22	<i>valsartan-</i>		VENTOLIN HFA	
<i>tri-mili</i>	71	<i>hydrochlorothiazide</i>		(INSTITUTIONAL	
<i>trimipramine maleate</i>		<i>tab 160-12.5 mg.</i>	43	PACK)	91
.....	50	<i>valsartan-</i>		VEOZAH	74
TRINTELLIX	50	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>verapamil hcl</i>	46
<i>tri-nymyo</i>	71	<i>tab 160-25 mg</i> ...	43	VERQUVO	47
<i>tri-sprintec</i>	71	<i>valsartan-</i>		VERSACLOZ	53
TRIUMEQ PD TAB ...	25	<i>hydrochlorothiazide</i>		VERZENIO	39
TRIUMEQ TAB	25	<i>tab 320-12.5 mg.</i>	43	<i>vestura</i>	71
<i>trivora-28</i>	71	<i>valsartan-</i>		<i>vienva</i>	71
<i>tri-vylibra</i>	71	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>vigabatrin</i>	57
<i>tri-vylibra lo</i>	71	<i>tab 320-25 mg</i> ...	43	<i>vigadrone</i>	57
TROGARZO	24	<i>valsartan-</i>		VIGAFYDE	57
TROPHAMINE INJ 10%		<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>vigpoder</i>	57
.....	87	<i>tab 80-12.5 mg</i> ..	43	<i>vilazodone hcl</i>	50

VIMKUNYA.....	85	XCOPRI PAK 150- 200MG (MAINTENANCE) .	57	XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) ..	40
<i>vincristine sulfate</i> ...	32	XCOPRI PAK 150- 200MG (TITRATION)	57	XTANDI.....	31
<i>vinorelbine tartrate</i> .	32	XCOPRI PAK 50- 100MG.....	57	<i>xulane</i>	71
<i>viorele</i>	71	XDEMVI	88	XULTOPHY INJ 100/3.6.....	66
VIRACEPT	24	XELJANZ	82	YESINTEK.....	82
VIREAD	24	XELJANZ XR	82	YF-VAX INJ	85
VITRAKVI	40	<i>xelria fe</i>	71	<i>yuvaferm</i>	72
VIVIMUSTA	30	XERMELO.....	77	<i>zafemy</i>	71
VIVITROL	62	XGEVA.....	66	<i>zafirlukast</i>	91
VIVOTIF CAP EC	85	XHANCE.....	92	<i>zaleplon</i>	59
VIZIMPRO.....	40	XIFAXAN.....	77	ZARXIO.....	79
VONJO	40	XIGDUO XR TAB 10- 1000	64	ZEGALOGUE	73
VORANIGO	40	XIGDUO XR TAB 10- 500MG.....	64	ZEJULA	40
<i>voriconazole</i>	23	XIGDUO XR TAB 2.5- 1000	64	ZELBORAF	40
VOSEVI TAB.....	26	XIGDUO XR TAB 5- 1000MG.....	64	ZEMAIRA.....	92
VOWST CAP	77	XIGDUO XR TAB 5- 500MG.....	64	<i>zenatane</i>	94
VRAYLAR	54	XIIDRA	89	ZENPEP CAP 10000UNT	77
<i>vyfemla</i>	71	XOFLUZA	26	ZENPEP CAP 15000UNT	77
<i>vylibra</i>	71	XOLAIR.....	92	ZENPEP CAP 20000UNT	77
VYZULTA	89	XOSPATA	40	ZENPEP CAP 25000UNT	77
<i>warfarin sodium</i>	79	XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY)...	40	ZENPEP CAP 3000UNIT.....	77
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	97	XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY)...	40	ZENPEP CAP 40000UNT	77
WELIREG.....	32	XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) .	40	ZENPEP CAP 5000UNIT	77
<i>wera</i>	71	XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY)...	40	ZENPEP CAP 60000UNT	77
WESTAB PLUS TAB 27-1MG	86	XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) .	40	ZERVIAE.....	88
<i>wixela inhub</i>	93	XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY)...	40	<i>zidovudine</i>	24
<i>wymzya fe</i>	71			<i>ziprasidone hcl</i>	54
XALKORI	40			<i>ziprasidone mesylate</i>	54
<i>xarah fe</i>	71			ZIRABEV	40
XARELTO	79			ZIRGAN.....	88
XARELTO STAR TAB 15/20MG	79			<i>zoledronic acid</i>	67
XATMEP.....	82			ZOLINZA	40
XCOPRI	57				
XCOPRI PAK 100-150	57				
XCOPRI PAK 12.5-25	57				

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086번(TTY: 711번)으로 전화해 주세요: 10월 1일~3월 31일: 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다. **자세한 내용은** <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>에서 확인하세요.

<i>zolpidem tartrate</i>	59	ZTALMY	57	ZYKADIA	41
ZONISADE	57	<i>zumandimine</i>	71	ZYLET SUS 0.5-0.3%	
<i>zonisamide</i>	57	ZURZUVAE.....	50	.....	87
<i>zovia 1/35</i>	71	ZYDELIG	40		



Central Health Medi-Medi Plan I (HMO D-SNP) Medicare Medi-Cal Plan

이 처방집은 2025년 07월 01일에 업데이트되었습니다.

최신 정보 또는 기타 질문이 있으시면 (800) 665-3086(TTY)으로 문의해 주세요: 711 10월 1일 ~ 3월 31일 오전 8시~오후 8시(현지 시간, 연중무휴), 4월 1일~9월 30일은 월요일 - 금요일, 오전 8시 - 오후 8시(현지 시간) 또는 <https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>을 방문하세요.