



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, 12.

이 공식은 04/01/2025 에 업데이트되었습니다.

최신 정보 또는 기타 질문이 있으시면 (800) 665-3086(TTY)으로 문의해 주세요. 10 월 1 일~3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일 - 금요일, 오전 8 시 - 오후 8 시(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) 665-3086 번(TTY: 711 번)으로 전화해 주세요: 10 월 1 일~3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(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 I 은 비의약품 일반의약품을 보장하나요?	16
B16. Central Health Medi-Medi Plan I 은 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 I*에서 받을 수 있는 약품 목록입니다.

- ❖ 온라인(<https://www.centralhealthplan.com/PartD/Formulary>)에서 또는 (800) 665-3086, TTY 로 전화하여 언제든지 *Central Health Medi-Medi 플랜 I*의 최신 **보장 약품 목록**을 확인할 수 있습니다. 10 월 1 일~3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(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, 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오. 통화는 무료입니다.
- ❖ *Central Health Medi-Medi 플랜 I*은 메디케어 계약이 체결된 HMO/HMO SNP 입니다. *Central Health Medi-Medi 플랜 I* 가입은 계약 갱신에 따라 달라집니다.
- ❖ *Central Health Medi-Medi Plan I*은 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 I*은 서비스를 적시에 무료로 제공합니다.

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

04/01/2025

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 ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ।

ਧਿਆਨ ਦੋ: यदि आपको अपनी भाषा में सहायता चाहिए, तो 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। अपंग लोगों के लिए सहायक यंत्र और सेवाएं भी उपलब्ध हैं, जैसे ब्रेल व बड़े प्रिंट वाले दस्तावेज़। 1-866-314-2427 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं मुफ्त हैं।


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 ການບໍລິການສໍາລັບຄົນລົບກວາງ, ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວເລິມໃຫຍ່. 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 hngangv oc.

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

សូមយកចិត្តទុកដាក់៖

ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយភាសារបស់អ្នក

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

1-866-314-2427 (TTY: 711) 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) 665-3086 번(TTY: 711 번)으로 전화해 주세요: 10 월 1 일~3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(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, 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(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 C1 에서 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 Rx 에서 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 800-977-2273 번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받으실 때는 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC)를 지참해 주십시오.

- Central Health Medi-Medi Plan I 은 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 B4 를 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,

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

B2. 의약품 목록이 바뀌지는 않나요?

예, Central Health Medi-Medi 플랜 I 은 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 I 의 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 B4 를 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 B3 과 B6 은 *의약품 목록*이 변경되었을 때 어떤 일이 발생하는지에 대한 자세한 정보를 다룹니다.

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

비용은 \$0 로 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 B14 를 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.

- FDA 가 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 30 일 전에 회원님께 **알려드리거나**
- 회원님께서 재조제를 요청하신 후 31 일간 해당 의약품을 공급해 드리겠습니다.

이 기간 동안 회원님께서서는 담당이나 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-B12 을 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 I 의 승인을 받아야 합니다. 사전 승인은 의뢰와 다릅니다. 사전 승인을 받지 않은 경우 Central Health Medi-Medi Plan I 에서는 해당 의약품을 보장하지 않을 수 있습니다.
- **수량 제한:** 때때로 Central Health Medi-Medi Plan I 은 가입자가 받을 수 있는 약품의 양을 제한합니다.
- **단계적 치료법:** 때때로 Central Health Medi-Medi Plan I 은 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 C1 의 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-B12 를 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 I 에서 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) 665-3086 번(TTY: 711 번)으로 전화해 주세요: 10 월 1 일~3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(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 B3 을 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 D 에서 찾을 수 있습니다.

질환별로 검색하려면 “질환별 의약품 목록” 섹션 C1 을 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 목록*에 없을 경우에는 어떻게 하나요?

*의약품 목록*에서 해당 약품을 찾을 수 없는 경우, 회원 서비스 센터로 전화하세요: (800) 665-3086 번, TTY: 711, 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일~금요일, 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간)에 전화하여 문의하세요. Central Health Medi-Medi Plan I 에서 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 I 에 약물 보장에 대한 예외를 요청할 수 있습니다. 예외에 대한 자세한 내용은 질문 B10-B12 를 참조하세요.

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?

저희가 도와드릴 수 있습니다. 가입자가 Central Health Medi-Medi Plan I 에 가입한 첫 90 일 동안에는 의사 또는 다른 처방자와 상담할 수 있는 시간을 드리기 위해 일시적으로 31 일분의 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 31 일 분량의 약을 제공하기 위해 여러 번의 리필을 허용합니다.

다음과 같은 경우 31 일 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 I 의 사전 승인이 필요한 경우, 또는
- 단계적 치료법의 제한이 있는 의약품을 복용할 경우

Central Health Medi-Medi Plan I 에서 파트 D 의약품으로 간주하지 않는 약을 복용 중이고 해당 약이 의약품 목록에 없는데 해당 약을 구하는 데 문제가 있는 경우 Medi-Cal Rx 를 통해 보장받을 수 있습니다. 파트 D 제외 약품에 예외가 필요하고 응급 상황인 경우 Medi-Cal Rx 는 72 시간 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 800-977-2273 번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받을 때는 Medi-Cal BIC 를 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 90 일 이상 사용한 경우, 장기 케어 시설에 살고 있는 경우, 그리고 의약품의 공급이 당장 필요한 경우:

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

Central Health Medi-Med 플랜 I 은 가입자의 보장 개시일부터 시작하여 가입자의 가입 첫 90 일 동안 언제든지 장기 케어 환경에서 최소 31 일 분량의 임시 처방전(처방전이 31 일 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 I 은 최대 총 31 일 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 I 에 예외를 요청할 수 있습니다.

또한 회원님의 의약품에 관한 규정을 변경해 달라고 요청할 수도 있습니다.

- 예를 들어, Central Health Medi-Medi Plan I 은 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 **9 장 G2** 절에서 확인할 수 있습니다.

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086 번(TTY: 711 번)으로 전화해 주세요: 10 월 1 일~3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(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 72 시간 이내에 결정을 내립니다. 의사 또는 기타 처방자는 증빙 명세서를 (866) 290-1309 번으로 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 72 시간 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 24 시간 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 I 은 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 I 은 비의약품 일반의약품을 보장하나요?

Central Health Medi-Medi Plan I 은 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 I 은 처방전의 장기 공급을 보장하나요?

- **우편 주문 프로그램** 당사는 최대 100 일 분량까지 처방약을 귀하의 가정으로 직접 배송할 수 있는 우편 주문 프로그램을 제공합니다. 100 일 분량의 공동 부담금은 1 개월 분량의 공동 부담금과 동일합니다.
- **100 일 소매 약국 프로그램** 일부 소매 약국은 보장되는 처방약을 최대 100 일 분량까지 제공할 수 있습니다. 100 일 분량의 공동 부담금은 1 개월 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 B16 을 참조하십시오.

단계는 저희 *의약품 목록*에 있는 의약품의 그룹입니다.

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

모든 등급에는 본인 부담금이 없습니다.

일반 의약품은 가입자 본인 부담금이 \$0 입니다.

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

C. 보장 의약품 목록의 개요

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

일부 일반 의약품(OTC) 및 특정 비타민과 같은 기타 의약품은 Medi-Cal Rx 에서 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 800-977-2273 번으로 전화하실 수도 있습니다. Medi-Cal Rx 를 통해 처방전을 받으실 때는 Medi-Cal 수혜자 식별 카드(BIC)를 지참해 주십시오.

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086 번(TTY: 711 번)으로 전화해 주세요: 10 월 1 일~3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(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-Cal 에서 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) 665-3086 번(TTY)으로 전화하세요: 711, 10 월 1 일 ~ 3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간)에 당사에 문의하십시오.
- 또한 *회원 핸드북*의 **제 9 장**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 D 로 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 I 에 해당 의약품 보장에 대한 규칙이 있는지 알 수 있습니다.

MOLINA_CY25_1T_SNP_PMOD eff 04/01/2025

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.

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 120-12 mg/5ml</i>	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	1	QL (400 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>butorphanol tartrate</i> SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	1	
<i>endocet tab 2.5-325mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 5-325mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 10-325mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	1	QL (2700 mL / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg</i>	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 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 2.5-325 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>	1	QL (360 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i>	1	QL (180 tabs / 30 days)
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	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 900mg/6ml	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	1	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	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 0.8 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	1	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	1	
IMPAVIDO CAPS 50mg	1	NDS, PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	1	QL (12 tabs / 90 days), PA
<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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
ANTIFUNGALS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	1	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	1	B/D
<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 200 mg/100ml</i>	1	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	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 62.5-25 mg</i>	1	
<i>atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg</i>	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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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 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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml; TABS 300mg	1	NM
ANTIRETROVIRAL COMBINATION AGENTS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	1	NM
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	1	NDS, NM
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</i> CAPS 250mg	1	NDS

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	1	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml; TABS 100mg, 300mg	1	
PRIFTIN TABS 150mg	1	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	1	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	1	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg; SOLR 600mg	1	
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 TAB 150-100	1	NDS, QL (40 tabs / 90 days)
PAXLOVID TAB 300-100	1	NDS, 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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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 TBPK 40mg, 80mg	1	QL (1 tab / 180 days)
CEPHALOSPORINS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	1	
<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/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	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<i>erythromycin lactobionate</i> SOLR 500mg	1	
FLUOROQUINOLONES		
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg	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</i> TABS 400mg	1	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	1	
PENICILLINS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; CHEW 125mg, 250mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</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</i> CAPS 500mg	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	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	1	NM
GLEOSTINE CAPS 100mg	1	NDS, NM
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml; SOLR 50mg	1	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 100mg	1	NDS, B/D
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> 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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	1	NDS, NM
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
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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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 100mg</i>	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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	1	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	1	NDS, NM, PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	1	NDS, NM, PA
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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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
<i>pazopanib hcl</i> TABS 200mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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 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
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
TAFINLAR TBSO 10mg	1	NDS, QL (900 tabs / 30 days), NM, PA
TAGRISSE 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
<i>torpenz</i> 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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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 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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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	

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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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 150-12.5 mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<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)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>losartan potassium</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 5mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 20mg, 40mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>telmisartan</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 40mg, 80mg, 160mg	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>valsartan</i> TABS 320mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
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/af)</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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>omega-3-acid ethyl esters cap 1 gm</i>	1	PA
<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	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<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>torseamide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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 TABS 150mg, 300mg</i>	1	
<i>clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr</i>	1	
<i>clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg</i>	1	
<i>CORLANOR SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (450 mL / 30 days)
<i>digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml</i>	1	
<i>digoxin TABS 125mcg, 250mcg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>droxidopa CAPS 100mg</i>	1	NDS, QL (90 caps / 30 days), NM, PA
<i>droxidopa CAPS 200mg, 300mg</i>	1	NDS, QL (180 caps / 30 days), NM, PA
<i>epinephrine (anaphylaxis) SOLN 1mg/ml</i>	1	
<i>guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydralazine hcl SOLN 20mg/ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
<i>ivabradine hcl TABS 5mg, 7.5mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>metyrosine CAPS 250mg</i>	1	NDS, NM, PA
<i>midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	
<i>minoxidil TABS 2.5mg, 10mg</i>	1	
<i>ranolazine TB12 500mg, 1000mg</i>	1	
<i>VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days), PA
NITRATES		
<i>isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg</i>	1	
<i>isosorbide mononitrate TABS 10mg, 20mg; TB24 30mg, 60mg, 120mg</i>	1	
<i>NITRO-BID OINT 2%</i>	1	
<i>nitroglycerin PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SOLN .4mg/spray; SUBL .3mg, .4mg, .6mg</i>	1	
PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION		
<i>alyq TABS 20mg</i>	1	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
<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; TBP 5mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBP 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 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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
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	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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 TABS 200mg</i>	1	
INBRIJA CAPS 42mg	1	NDS, QL (300 caps / 30 days), NM, PA
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	1	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	1	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	1	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i>	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 SOLN 1mg/ml</i>	1	QL (900 mL / 30 days)
<i>aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i>	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 SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	1	NDS, QL (30 caps / 30 days)
<i>chlorpromazine hcl CONC 30mg/ml, 100mg/ml; SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	1	
<i>clozapine TABS 25mg, 50mg</i>	1	
<i>clozapine TABS 100mg</i>	1	QL (270 tabs / 30 days)
<i>clozapine TABS 200mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 500 mg/100ml	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1000 mg/100ml	1	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln</i> 1500 mg/100ml	1	
LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg	1	QL (10 buccal films / 30 days)
<i>methsuximide</i> CAPS 300mg	1	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	1	QL (10 nasal units per 30 days)
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml; TABS 150mg, 300mg, 600mg	1	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml	1	QL (1500 mL / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>phenytek</i> CAPS 200mg, 300mg	1	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	1	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	1	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	1	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	1	QL (120 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg	1	QL (90 caps / 30 days), PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg	1	QL (60 caps / 30 days), PA

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 125mg, 250mg	1	
<i>roweepra</i> TABS 500mg	1	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	1	NDS, QL (2400 mL / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg	1	QL (480 tabs / 30 days), PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg	1	NDS, QL (240 tabs / 30 days), PA
SPRITAM TB3D 250mg	1	QL (360 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 500mg	1	QL (180 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 750mg	1	QL (120 tabs / 30 days)
SPRITAM TB3D 1000mg	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg	1	NDS, QL (60 films / 30 days), PA
<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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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</i> CAPS 10mg, 18mg, 25mg	1	QL (120 caps / 30 days)
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 40mg	1	QL (60 caps / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg	1	QL (30 caps / 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	1	QL (120 tabs / 30 days), PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 4mg	1	QL (30 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 3mg	1	QL (60 tabs / 30 days), PA; PA applies if 70 years and older
<i>methylphenidate hcl</i> CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg; TABS 5mg, 10mg	1	QL (180 tabs / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml	1	QL (1800 mL / 30 days), PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml	1	QL (900 mL / 30 days), PA
<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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i>	1	QL (40 tabs / 28 days), PA
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	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</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	1	QL (18 tabs / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	1	QL (24 units / 30 days)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	1	QL (12 units / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	1	QL (18 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml	1	QL (12 injections / 30 days)
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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</i> SOLN 8meq/5ml	1	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg; TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	1	
NUEDEXTA CAP 20-10MG	1	NDS, QL (60 caps / 30 days), PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	1	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	1	
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	1	NDS, QL (90 tabs / 30 days), NM, PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	1	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, PA
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>ingolimod 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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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	
NARCOLEPSY/CATAPLEXY		
<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
PSYCHOTHERAPEUTIC-MISC		
<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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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) TB12 150mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>disulfiram TABS 250mg, 500mg</i>	1	
<i>naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml; SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY .4mg/ml, 2mg/2ml</i>	1	
<i>naltrexone hcl TABS 50mg</i>	1	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	1	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	1	
<i>varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg</i>	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

ENDOCRINE AND METABOLIC

ANDROGENS

<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	1	
<i>depo-testosterone SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	PA
<i>methyltestosterone CAPS 10mg</i>	1	NDS, QL (600 caps / 30 days), PA
<i>testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm</i>	1	QL (300 gm / 30 days), PA
<i>testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml</i>	1	PA
<i>testosterone enanthate SOLN 200mg/ml</i>	1	PA
<i>testosterone pump GEL 1.62%</i>	1	QL (150 gm / 30 days), PA

ANTIDIABETICS

<i>acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	
FARXIGA TABS 5mg, 10mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>glimepiride TABS 1mg, 2mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glimepiride TABS 4mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide TABS 5mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>glipizide TABS 10mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days)
<i>glipizide TB24 2.5mg, 5mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide TB24 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>glipizide xl TB24 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
GLYXAMBI TAB 10-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
GLYXAMBI TAB 25-5 MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-500MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 50-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JANUMET XR TAB 100-1000	1	QL (30 tabs / 30 days)
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JARDIANCE TABS 10mg, 25mg	1	QL (30 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-500	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-850	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB 2.5-1000	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	1	QL (60 tabs / 30 days)
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	1	QL (30 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl TABS 500mg</i>	1	QL (150 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl TABS 850mg</i>	1	QL (90 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl TABS 1000mg</i>	1	QL (75 tabs / 30 days)
<i>metformin hcl TB24 500mg</i>	1	QL (120 tabs / 30 days); (generic of GLUCOPHAGE XR)
<i>metformin hcl TB24 750mg</i>	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 TABS 60mg, 120mg</i>	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 TABS 15mg, 30mg, 45mg</i>	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 TABS 2mg</i>	1	QL (240 tabs / 30 days)
<i>repaglinide TABS .5mg, 1mg</i>	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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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	
ADMELOG SOLOSTAR SOPN 100unit/ml	1	
ALCOHOL SWABS: BD-EMBECTA/MHC/RUGBY	1	PA
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml	1	
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	1	QL (10 patches / 30 days), PA
CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	1	QL (8 patches / 24 days), PA
CEQR 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)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 5mg/100ml	1	B/D, NM
CHELATING AGENTS		
CHEMET CAPS 100mg	1	NDS
<i>deferasirox</i> TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 125mg	1	NM, PA
<i>deferasirox</i> TBSO 250mg, 500mg	1	NDS, NM, PA
<i>kionex</i> SUSP 15gm/60ml	1	
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	1	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	1	NDS, NM
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	1	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	1	
<i>sps rectal</i> SUSP 15gm/60ml	1	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	1	NDS, NM, PA
CONTRACEPTIVES		
<i>afirmelle</i>	1	
<i>altavera</i>	1	
<i>alyacen 1/35</i>	1	
<i>alyacen 7/7/7</i>	1	
<i>amethia</i>	1	
<i>amethyst</i>	1	
<i>apri</i>	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>aranelle</i>	1	
<i>ashlyna</i>	1	
<i>aubra eq</i>	1	
<i>aurovela 1/20</i>	1	
<i>aurovela 24 fe</i>	1	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	1	
<i>aurovela fe 1/20</i>	1	
<i>aviane</i>	1	
<i>ayuna</i>	1	
<i>azurette</i>	1	
<i>balziva</i>	1	
<i>blisovi 24 fe</i>	1	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	1	
<i>briellyn</i>	1	
<i>camila TABS .35mg</i>	1	
<i>camrese</i>	1	
<i>camrese lo</i>	1	
<i>chateal eq</i>	1	
<i>cryselle-28</i>	1	
<i>cyred eq</i>	1	
<i>dasetta 1/35</i>	1	
<i>dasetta 7/7/7</i>	1	
<i>daysee</i>	1	
<i>deblitane TABS .35mg</i>	1	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUSY 104mg/0.65ml	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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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>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	
<i>junel fe 1/20</i>	1	
<i>junel 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>leena</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	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
LILETTA IUD 20.1mcg/day	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	
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	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-linyah</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 mcg/24hr</i>	1	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	1	
<i>norethindrone (contraceptive) TABS .35mg</i>	1	
<i>norethindrone ac-ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	1	
<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	1	
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>	1	
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 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	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	1	
<i>simliya</i>	1	
<i>simpesse</i>	1	
<i>sprintec 28</i>	1	
<i>sronyx</i>	1	
<i>syeda</i>	1	
<i>tarina 24 fe</i>	1	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	1	
<i>tilia fe</i>	1	
<i>tri-estarylla</i>	1	
<i>tri-legest fe</i>	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	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>tri-mili</i>	1	
<i>tri-nymyo</i>	1	
<i>tri-sprintec</i>	1	
<i>tri-vylibra</i>	1	
<i>tri-vylibra lo</i>	1	
<i>trivora-28</i>	1	
<i>turqoz</i>	1	
<i>tydemy</i>	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 fe</i>	1	
<i>xulane</i>	1	
<i>zafemy</i>	1	
<i>zovia 1/35</i>	1	
<i>zumandimine</i>	1	
ESTROGENS		
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	1	
<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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
GLUCOCORTICOIDS		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	1	
DEXAMETHASONE INTENSOL 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	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	1	B/D
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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
<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	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>metoclopramide hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml; TABS 5mg, 10mg	1	
<i>ondansetron</i> TBP 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)

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	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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 12000UNIT	1	
CREON CAP 24000UNIT	1	
CREON CAP 36000UNIT	1	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	1	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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 0.5-0.4 mg</i>	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
<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)
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>tropium chloride</i> TABS 20mg	1	QL (60 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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/NAACL 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	
<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

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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	
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	1	
IMMUNOLOGIC AGENTS		
AUTOIMMUNE AGENTS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN) AJKT 40mg/0.8ml	1	NDS, QL (56 pens / 365 days), NM, PA
ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml	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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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
REMICADE SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	1	NDS, NM, PA

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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, 200mg/2ml	1	NDS, QL (1 pen / 28 days), NM, PA
TREMFYA SOLN 200mg/20ml	1	NDS, NM, PA
TREMFYA SOSY 100mg/ml, 200mg/2ml	1	NDS, QL (1 syringe / 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
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
IMMUNOGLOBULINS		
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
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
azathioprine 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
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg	1	B/D, NM
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	1	B/D, NM

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	1	NDS, B/D, NM
<i>gengraf</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	
ACTHIB INJ	1	
ADACEL INJ	1	
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	
BCG VACCINE SOLR 50mg	1	
BEXSERO INJ	1	
BOOSTRIX INJ	1	
DAPTACEL INJ	1	
DENGVAXIA SUS	1	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	1	B/D
ENGERIX-B SUSP 20mcg/ml; SUSY 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	1	B/D
GARDASIL 9 INJ	1	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	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 INJ	1	
MENVEO INJ	1	
MENVEO SOL	1	
MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml	1	
PEDIARIX INJ 0.5ML	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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 INJ	1	
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	
YF-VAX INJ	1	

NUTRITIONAL/SUPPLEMENTS

ELECTROLYTES/MINERALS, INJECTABLE

D2.5W/NAACL INJ 0.45%	1	
D10W/NAACL 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	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	1	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	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 SOLN 2meq/ml, 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml</i>	1	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	1	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	1	
TPN ELECTROL INJ	1	B/D
<i>ELECTROLYTES/MINERALS/VITAMINS, ORAL</i>		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	1	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	1	
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	1	
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	1	
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	1	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	1	
M-NATAL PLUS TAB	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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	
IV NUTRITION		
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
CLINIMIX INJ 8/14	1	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	1	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	1	B/D
<i>dextrose</i> SOLN 5%, 10%	1	
<i>dextrose</i> SOLN 50%, 70%	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	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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)
<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	
<i>neomycin-polymy-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	
XDEMVI SOLN .25%	1	NDS, NM, PA
ZIRGAN GEL .15%	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	
FLAREX SUSP .1%	1	
<i>fluorometholone (ophth) SUSP .1%</i>	1	
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	1	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%, .5%</i>	1	
LOTEMAX OINT .5%	1	
<i>loteprednol etabonate SUSP .2%</i>	1	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	1	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	1	
ANTIALLERGICS		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	1	

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	
ANTI GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	1	
BETOPTIC-S SUSP .25%	1	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%, .2%	1	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	1	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> SOLN 1%	1	
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	1	
<i>dorzolamide hcl</i> SOLN 2%	1	
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln</i> 2-0.5%	1	
<i>latanoprost</i> SOLN .005%	1	
<i>levobunolol hcl</i> SOLN .5%	1	
LUMIGAN SOLN .01%	1	
<i>pilocarpine hcl</i> SOLN 1%, 2%, 4%	1	
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</i> 0.3-0.1%	1	
<i>flac</i> OIL .01%	1	
<i>fluocinolone acetonide (otic)</i> OIL .01%	1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln</i> 1%	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	1	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	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)
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 SOLN .02%</i>	1	B/D
<i>ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%</i>	1	

ANTI HISTAMINES

<i>azelastine hcl SOLN .1%</i>	1	
<i>cetirizine hcl SOLN 5mg/5ml</i>	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>cycloheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml</i>	1	
<i>hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older
<i>hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg</i>	1	PA; PA applies if 70 years and older after a 30 day supply in a calendar year
<i>levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml</i>	1	QL (300 mL / 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg</i>	1	QL (30 tabs / 30 days)

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
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)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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
<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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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)
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act	1	QL (30 inhalations / 30 days)
<i>budesonide (inhalation)</i> 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)
<i>breyna</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 80-4.5 mcg/act</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate dihyd aerosol 160-4.5 mcg/act</i>	1	QL (3 inhalers / 30 days)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
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)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 100-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 250-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>fluticasone-salmeterol aer powder ba 500-50 mcg/act</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days); (generic PRASCO not covered)
<i>wixela inhub</i>	1	QL (60 inhalations / 30 days)

TOPICAL

DERMATOLOGY, ACNE

<i>acutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<i>amnestem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	1	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	1	QL (46.6 gm / 30 days)
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	PA
<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	
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	1	QL (453.6 gm / 30 days)

DERMATOLOGY, ANTIFUNGALS

<i>ciclopirox</i> SHAM 1%	1	QL (120 mL / 30 days)
---------------------------	---	-----------------------

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<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>ketconazole (topical)</i> CREA 2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>ketconazole (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
ENSTILAR AER	1	NDS, QL (120 gm / 30 days), PA
<i>tazarotene</i> CREA .05%, .1%	1	QL (60 gm / 30 days), PA
TAZORAC CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days), PA

DERMATOLOGY, CORTICOSTEROIDS

<i>ala-cort</i> CREA 1%	1	
<i>alclometasone dipropionate</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05%	1	QL (120 mL / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1%	1	QL (120 mL / 30 days)

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05%	1	QL (50 mL / 30 days)
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025%; OINT .025%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	1	QL (118.28 mL / 30 days)
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide</i> CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>fluocinonide</i> SOLN .05%	1	QL (60 mL / 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05%	1	QL (120 gm / 30 days)
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	1	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05%	1	QL (50 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%, 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	1	
<i>hydrocortisone (topical)</i> OINT 1%	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>hydrocortisone valerate</i> CREA .2%	1	QL (60 gm / 30 days)
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	1	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .1%, .5%	1	QL (454 gm / 30 days)
<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 2.5-2.5%</i>	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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>diclofenac sodium (topical) SOLN 1.5%</i>	1	QL (300 mL / 28 days)
<i>fluorouracil (topical) CREA 5%</i>	1	QL (40 gm / 30 days)
<i>fluorouracil (topical) SOLN 2%, 5%</i>	1	QL (10 mL / 30 days)
<i>hydrocortisone (rectal) CREA 1%, 2.5%</i>	1	
<i>imiquimod CREA 5%</i>	1	QL (24 packets / 30 days)
<i>lactic acid (ammonium lactate) CREA 12%; LOTN 12%</i>	1	
<i>metronidazole (topical) CREA .75%; GEL .75%</i>	1	QL (45 gm / 30 days)
<i>metronidazole (topical) LOTN .75%</i>	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>nitroglycerin (intra-anal) OINT .4%</i>	1	QL (30 gm / 30 days)
<i>PANRETIN GEL .1%</i>	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), PA
<i>pimecrolimus CREA 1%</i>	1	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>podofilox SOLN .5%</i>	1	QL (7 mL / 28 days)
<i>procto-med hc CREA 2.5%</i>	1	
<i>proctocort CREA 1%</i>	1	
<i>proctosol hc CREA 2.5%</i>	1	
<i>proctozone-hc CREA 2.5%</i>	1	
<i>tacrolimus (topical) OINT .03%, .1%</i>	1	QL (100 gm / 30 days), PA
<i>VALCHLOR GEL .016%</i>	1	NDS, QL (60 gm / 30 days), NM, PA
DERMATOLOGY, SCABICIDES AND PEDICULIDES		
<i>malathion LOTN .5%</i>	1	QL (59 mL / 30 days)
<i>permethrin CREA 5%</i>	1	QL (60 gm / 30 days)
DERMATOLOGY, WOUND CARE AGENTS		
<i>REGRANEX GEL .01%</i>	1	NDS, QL (30 gm / 30 days), PA
<i>SANTYL OINT 250unit/gm</i>	1	QL (180 gm / 30 days)
<i>sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%</i>	1	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	1	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS		
<i>cevimeline hcl CAPS 30mg</i>	1	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%</i>	1	
<i>clotrimazole TROC 10mg</i>	1	QL (150 lozenges / 30 days)
<i>kourzeq PSTE .1%</i>	1	
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%</i>	1	
<i>nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml</i>	1	

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

Drug Name	Drug Tier	Requirements/Limits
<i>perio gard</i> SOLN .12%	1	
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	1	
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i> PSTE .1%	1	

_PART B

DIABETIC METERS AND TEST STRIPS

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	

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.

A		
<i>abacavir sulfate</i>	23	<i>acyclovir sodium</i>
<i>abacavir sulfate-</i>		ADACEL INJ.....
<i>lamivudine tab 600-</i>		ADALIMUMAB-AACF (2
<i>300 mg</i>	25	PEN).....
ABELCET	23	ADALIMUMAB-AACF (2
ABILIFY ASIMTUFII .	51	SYRING.....
ABILIFY MAINTENA .	51	ADALIMUMAB-AACF
<i>abiraterone acetate</i> .	31	STARTER P
ABRYSVO	84	<i>adefovir dipivoxil</i>
<i>acamprosate calcium</i>		ADMELOG
.....	62	ADMELOG SOLOSTAR
<i>acarbose</i>	63	.....
<i>accutane</i>	94	ADVAIR HFA AER
<i>acebutolol hcl</i>	45	115/21
<i>acetaminophen w/</i>		ADVAIR HFA AER
<i>codeine soln 120-12</i>		230/21
<i>mg/5ml</i>	20	ADVAIR HFA AER
<i>acetaminophen w/</i>		45/21
<i>codeine tab 300-15</i>		<i>afirmelle</i>
<i>mg</i>	20	AIMOVIG
<i>acetaminophen w/</i>		AIRSUPRA AER 90-
<i>codeine tab 300-30</i>		80MCG
<i>mg</i>	20	AKEEGA TAB 100/500
<i>acetaminophen w/</i>		.....
<i>codeine tab 300-60</i>		AKEEGA TAB
<i>mg</i>	20	50/500MG.....
<i>acetazolamide</i>	46	<i>ala-cort</i>
<i>acetic acid</i>	78	<i>albendazole</i>
<i>acetic acid (otic)</i>	89	<i>albuterol sulfate</i>
<i>acetylcysteine</i>	91	<i>alclometasone</i>
<i>acitretin</i>	95	<i>dipropionate</i>
ACTHIB INJ.....	84	ALCOHOL SWABS: BD-
ACTIMMUNE.....	83	EMBECTA/MHC/RUG
<i>acyclovir</i>	26	BY.....
		ALDURAZYME
		ALECENSA.....
		<i>alendronate sodium</i> 67
		<i>alfuzosin hcl</i>
		<i>aliskiren fumarate</i> ..
		<i>allopurinol</i>
		<i>alose tron hcl</i>
		<i>alprazolam</i>
		<i>altavera</i>
		ALUNBRIG
		ALUNBRIG PAK
		ALVAIZ
		ALVESCO.....
		<i>alyacen 1/35</i>
		<i>alyacen 7/7/7</i>
		ALYFTREK TAB 10-50-
		125.....
		ALYFTREK TAB 4-20-
		50
		ALYGLO.....
		<i>alyq</i>
		<i>amantadine hcl</i>
		<i>ambrisentan</i>
		<i>amethia</i>
		<i>amethyst</i>
		<i>amikacin sulfate</i>
		<i>amiloride &</i>
		<i>hydrochlorothiazide</i>
		<i>tab 5-50 mg</i>
		<i>amiloride hcl</i>
		<i>amiodarone hcl</i>
		<i>amitriptyline hcl</i>
		<i>amlodipine besylate</i> 46
		<i>amlodipine besylate-</i>
		<i>benazepril hcl cap</i>
		<i>10-20 mg</i>

질문이 있는 경우, Central Health Medicare 플랜에 (800) 665-3086 번(TTY: 711 번)으로 전화해 주세요: 10 월 1 일~3 월 31 일: 오전 8 시~오후 8 시(현지 시간, 연중무휴), 4 월 1 일~9 월 30 일은 월요일~금요일 오전 8 시~오후 8 시(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</i> 41	<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i> .....28	<i>cap er 24hr 30 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> 41	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i> .28	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i> . 58
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5- 10 mg</i> 41	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i> .28	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5- 20 mg</i> 41	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i> ...28	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5- 40 mg</i> 41	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i> .28	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 20 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250- 125 mg</i>.....28	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 40 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500- 125 mg</i>.....28	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875- 125 mg</i>.....28	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i> 42	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i> 28	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> 58
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg</i> 42	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i> 58	<i>amphotericin b</i> 23
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg</i> 42	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i> 58	<i>amphotericin b liposome</i> 23
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg</i> 42	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i> 58	<i>ampicillin</i> 28
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg</i> 42	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i> 58	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> 28
<i>amnesteem</i> 94	<i>amphetamine- dextroamphetamine</i>	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2- 1) gm</i> 28
<i>amoxapine</i> 49		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i> 29
<i>amoxicillin</i> 28		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> 29
		<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i> 29
		<i>ampicillin sodium</i> ... 29

<i>anagrelide hcl</i>	80	<i>atovaquone-proguanil</i>		BALVERSA	33
<i>anastrozole</i>	31	<i>hcl tab 62.5-25 mg</i>		<i>balziva</i>	68
ANORO ELLIPT AER		.....	23	BARACLUDGE.....	26
62.5-25	90	ATROPINE SULFATE	89	BASAGLAR KWIKPEN	
<i>aprepitant</i>	75	<i>atropine sulfate</i>		.....	65
<i>aprepitant capsule</i>		<i>(ophthalmic)</i>	89	BCG VACCINE	84
<i>therapy pack 80 &</i>		ATROVENT HFA.....	90	<i>benazepril &</i>	
<i>125 mg</i>	75	<i>aubra eq</i>	68	<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>apri</i>	67	AUGTYRO.....	33	<i>tab 10-12.5 mg ...</i>	41
APTIOM.....	54	<i>aurovela 1/20</i>	68	<i>benazepril &</i>	
APTIVUS.....	24	<i>aurovela 24 fe</i>	68	<i>hydrochlorothiazide</i>	
ARALAST NP	91	<i>aurovela fe 1.5/30</i> ..	68	<i>tab 20-12.5 mg ...</i>	41
<i>aranelle</i>	68	<i>aurovela fe 1/20</i>	68	<i>benazepril &</i>	
ARCALYST	83	AUSTEDO.....	60	<i>hydrochlorothiazide</i>	
AREXVY.....	84	AUSTEDO XR	61	<i>tab 20-25 mg</i>	41
ARIKAYCE.....	21	AUSTEDO XR TAB		<i>benazepril &</i>	
<i>aripiprazole</i>	51	TITR KIT	61	<i>hydrochlorothiazide</i>	
ARISTADA	51	AUVELITY TAB 45-		<i>tab 5-6.25mg</i>	41
ARISTADA INITIO ...	51	105MG.....	49	<i>benazepril hcl</i>	42
<i>armodafinil</i>	62	<i>aviane</i>	68	BENDAMUSTINE	
ARNUITY ELLIPTA ...	93	<i>ayuna</i>	68	HYDROCHLORID ..	30
<i>asenapine maleate</i> ..	51	AYVAKIT	33	BENDEKA	30
<i>ashlyna</i>	68	<i>azacitidine</i>	30	BENLYSTA	83
<i>aspirin-dipyridamole</i>		<i>azathioprine</i>	83	<i>benzoyl peroxide-</i>	
<i>cap er 12hr 25-200</i>		<i>azelastine hcl</i>	90	<i>erythromycin gel 5-</i>	
<i>mg</i>	80	<i>azelastine hcl (ophth)</i>		<i>3%</i>	94
ASTAGRAF XL	83	.....	88	<i>benztropine mesylate</i>	
<i>atazanavir sulfate</i> ...	24	<i>azithromycin</i>	27	.....	50
<i>atenolol</i>	45	<i>aztreonam</i>	21	BERINERT	80
<i>atenolol &</i>		<i>azurette</i>	68	BESIVANCE	88
<i>chlorthalidone tab</i>		B		BESREMI	32
<i>100-25 mg</i>	45	<i>bacitracin</i>		<i>betaine powder for</i>	
<i>atenolol &</i>		<i>(ophthalmic)</i>	88	<i>oral solution</i>	73
<i>chlorthalidone tab</i>		<i>bacitracin-polymyxin b</i>		<i>betamethasone</i>	
<i>50-25 mg</i>	45	<i>ophth oint</i>	88	<i>dipropionate</i>	
<i>atomoxetine hcl</i> 58, 59		<i>bacitracin-polymyxin-</i>		<i>(topical)</i>	95
<i>atorvastatin calcium</i> 44		<i>neomycin-hc ophth</i>		<i>betamethasone</i>	
<i>atovaquone</i>	21	<i>oint 1%</i>	87	<i>dipropionate</i>	
<i>atovaquone-proguanil</i>		<i>baclofen</i>	62	<i>augmented</i>	95
<i>hcl tab 250-100 mg</i>		BAFIERTAM	61	<i>betamethasone</i>	
.....	23	<i>balsalazide disodium</i>		<i>valerate</i>	95
		.....	76	BETASERON.....	61

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



<i>betaxolol hcl</i>	45	BREZTRI AERO AER		<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i>		SPHERE		<i>naloxone hcl sl tab</i>	
.....	89	(INSTITUTIONAL		<i>2-0.5 mg (base</i>	
<i>bethanechol chloride</i>		PACK)	90	<i>equiv)</i>	63
.....	78	<i>briellyn</i>	68	<i>buprenorphine hcl-</i>	
BETOPTIC-S.....	89	BRILINTA.....	80	<i>naloxone hcl sl tab</i>	
BEVESPI AER 9-		<i>brimonidine tartrate</i>	89	<i>8-2 mg (base equiv)</i>	
4.8MCG	90	<i>brinzolamide</i>	89	.....	63
<i>bexarotene</i>	32	BRIVIACT.....	54	<i>bupropion hcl</i>	49
<i>bexarotene (topical)</i>	96	<i>bromfenac sodium</i>		<i>bupropion hcl</i>	
BEXSERO INJ	84	(<i>ophth</i>)	88	(<i>smoking deterrent</i>)	
<i>bicalutamide</i>	31	<i>bromocriptine</i>		.....	63
BICILLIN L-A.....	29	<i>mesylate</i>	50	<i>bupirone hcl</i>	48
BIKTARVY TAB 30-		BRONCHITOL	91	<i>butorphanol tartrate</i>	20
120-15 MG.....	25	BRUKINSA	33	C	
BIKTARVY TAB 50-		<i>budesonide</i>	76	<i>cabergoline</i>	73
200-25 MG.....	25	<i>budesonide</i>		CABOMETYX	33
<i>bisoprolol &</i>		(<i>inhalation</i>)	93	<i>calcipotriene</i>	95
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>budesonide-formoterol</i>		<i>calcitonin (salmon)</i>	
<i>tab 10-6.25 mg ...</i>	45	<i>fumarate dihyd</i>		<i>spray</i>	67
<i>bisoprolol &</i>		<i>aerosol 160-4.5</i>		<i>calcitrene</i>	95
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>mcg/act</i>	93	<i>calcitriol</i>	75
<i>tab 2.5-6.25 mg ..</i>	45	<i>budesonide-formoterol</i>		<i>calcitriol (oral)</i>	75
<i>bisoprolol &</i>		<i>fumarate dihyd</i>		CALQUENCE.....	33
<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>aerosol 80-4.5</i>		<i>camila</i>	68
<i>tab 5-6.25 mg</i>	45	<i>mcg/act</i>	93	<i>camrese</i>	68
<i>bisoprolol fumarate</i>	45	<i>bumetanide</i>	46	<i>camrese lo</i>	68
BIVIGAM	83	<i>buprenorphine</i>	19	<i>candesartan cilexetil</i>	43
<i>blisovi 24 fe</i>	68	<i>buprenorphine hcl ...</i>	62	<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	68	<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>hydrochlorothiazide</i>	
BOOSTRIX INJ	84	<i>naloxone hcl sl film</i>		<i>tab 16-12.5 mg ...</i>	42
<i>bortezomib</i>	33	<i>12-3 mg (base</i>		<i>candesartan cilexetil-</i>	
BORTEZOMIB.....	33	<i>equiv)</i>	62	<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>bosentan</i>	48	<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>tab 32-12.5 mg ...</i>	42
BOSULIF.....	33	<i>naloxone hcl sl film</i>		<i>candesartan cilexetil-</i>	
BRAFTOVI.....	33	<i>2-0.5 mg (base</i>		<i>hydrochlorothiazide</i>	
BREO ELLIPTA INH		<i>equiv)</i>	62	<i>tab 32-25 mg</i>	42
100-25	93	<i>buprenorphine hcl-</i>		CAPLYTA	51
BREO ELLIPTA INH		<i>naloxone hcl sl film</i>		CAPRELSA	33, 34
200-25	93	<i>4-1 mg (base equiv)</i>		<i>captopril</i>	42
BREO ELLIPTA INH 50-		.....	62	<i>captopril &</i>	
25MCG	93	<i>buprenorphine hcl-</i>		<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>breyna</i>	93	<i>naloxone hcl sl film</i>		<i>tab 25-15 mg</i>	41
BREZTRI AERO AER		<i>8-2 mg (base equiv)</i>		<i>captopril &</i>	
SPHERE	90	.....	62	<i>hydrochlorothiazide</i>	
				<i>tab 25-25 mg</i>	41

<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	41	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	51	CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (4-DAY)	65
<i>captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	41	<i>carboplatin</i>	30	CEQR SIMPL MIS INSERTER.....	65
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	50	<i>carglumic acid</i>	73	CERDELGA.....	73
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	50	<i>carisoprodol</i>	62	CEREZYME.....	73
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	50	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	89	<i>cetirizine hcl</i>	90
<i>carbamazepine</i>	54	<i>cartia xt</i>	46	<i>cevimeline hcl</i>	97
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	50	<i>carvedilol</i>	45	<i>chateal eq</i>	68
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	50	<i>casprofungin acetate</i>	23	CHEMET	67
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	50	CAYSTON.....	21	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i>	97
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	50	<i>cefaclor</i>	27	<i>chloroquine phosphate</i>	23
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	50	<i>cefadroxil</i>	27	<i>chlorpromazine hcl</i> .	51
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i> ..	50	CEFAZOLIN	27	<i>chlorthalidone</i>	46
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	50	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML.....	27	<i>cholestyramine</i>	44
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	50	<i>cefazolin sodium</i>	27	<i>cholestyramine light</i>	44
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	51	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%...27		<i>ciclopirox</i>	94
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	51	CEFAZOLIN/DEX SOL 1GM/50ML-4% ....27		<i>ciclopirox olamine</i> ...	95
		CEFAZOLIN/DEX SOL 2GM/50ML-3% ....27		<i>cilostazol</i>	80
		CEFAZOLIN/DEX SOL 3GM/150ML-4%...27		CILOXAN	88
		<i>cefdinir</i>	27	CIMDUO TAB 300-300	25
		<i>cefepime hcl</i>	27	<i>cinacalcet hcl</i>	73
		<i>cefixime</i>	27	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>	28
		<i>cefotetan disodium</i> ..27		<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>	28
		<i>cefoxitin sodium</i>	27	<i>ciprofloxacin hcl</i>	28
		<i>cefpodoxime proxetil</i>	27	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i>	88
		<i>cefprozil</i>	27	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	89
		<i>ceftazidime</i>	27	<i>cisplatin</i>	30
		<i>ceftriaxone sodium</i> ..27		<i>citalopram hydrobromide</i>	49
		<i>cefuroxime axetil</i> ....27		<i>claravis</i>	94
		<i>cefuroxime sodium</i> ..27		<i>clarithromycin</i>	28
		<i>celecoxib</i>	19		
		<i>cephalexin</i>	27		
		CEQR SIMPL KIT PATCH 2U (3-DAY)	65		

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

<i>clindamycin hcl</i>	21	<i>clonidine hcl</i>	47	COSENTYX	
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	21	<i>clopidogrel bisulfate</i>	80	SENSOREADY PEN80	
<i>clindamycin phosphate</i>	21	<i>clorazepate dipotassium</i>	54	COSENTYX UNOREADY	
<i>clindamycin phosphate (topical)</i>	94	<i>clotrimazole</i>	97	.....	81
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	21	<i>clotrimazole (topical)</i>	95	COTELLIC	34
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	21	<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i> ...	95	CREON CAP 12000UNT	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	21	<i>clozapine</i>	51, 52	.....	77
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	79	COARTEM TAB 20-120MG	23	CREON CAP 24000UNT	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	21	COBENFY CAP 100-20MG	52	.....	77
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	21	COBENFY CAP 125-30MG	52	CREON CAP 3000UNIT	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	21	COBENFY CAP 50-20MG	52	.....	77
CLINIMIX INJ 4.25/D10	87	COBENFY STRT CAP PACK	52	<i>cromolyn sodium</i>	91
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	87	<i>colchicine</i>	19	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	77
CLINIMIX INJ 5%/D15W	87	<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	19	<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	89
CLINIMIX INJ 5%/D20W	87	<i>colesevelam hcl</i>	44	<i>cryselle-28</i>	68
CLINIMIX INJ 6/5 ..	87	<i>colestipol hcl</i>	44	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	62
CLINIMIX INJ 8/10..	87	<i>colistimethate sodium</i>	21	<i>cyclophosphamide</i> ..	30
CLINIMIX INJ 8/14..	87	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	89	CYCLOPHOSPHAMIDE	
<i>clinisol sf 15%</i>	87	COMBIVENT AER 20-100	90	.....	30
CLINOLIPID EMU 20%	87	COMETRIQ (60MG DOSE)	34	<i>cycloserine</i>	25
<i>clobazam</i>	54	COMETRIQ KIT 100MG	34	<i>cyclosporine</i>	83
<i>clobetasol propionate</i>	96	COMETRIQ KIT 140MG	34	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	83
<i>clobetasol propionate e</i>	96	COMPLERA TAB	25	<i>cyproheptadine hcl</i> .	90
<i>clomipramine hcl</i>	49	<i>compro</i>	75	<i>cyred eq</i>	68
<i>clonazepam</i>	54	<i>constulose</i>	77	CYSTADROPS	89
<i>clonidine</i>	47	COPAXONE	61	CYSTAGON	74
		COPIKTRA	34	CYSTARAN	89
		CORLANOR	47	<i>cytarabine</i>	30
		COSENTYX	80	D	
				D10W/NACL INJ 0.2%	85
				D2.5W/NACL INJ 0.45%	85
				<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	79
				<i>dalfampridine</i>	61

<i>danazol</i>	63	<i>dexamethasone</i>		<i>diazepam</i>	55
<i>dantrolene sodium</i> ..	62	<i>sodium phosphate</i>	73	<i>diazepam</i>	
DANZITEN	34	<i>dexamethasone</i>		<i>(anticonvulsant)</i> ..	55
<i>dapsone</i>	21	<i>sodium phosphate</i>		<i>diazepam inj</i>	55
DAPTACEL INJ.....	84	<i>(ophth)</i>	88	<i>diazepam intensol</i> ..	55
<i>daptomycin</i>	21	DEXCOM G6 MIS		<i>diazoxide</i>	73
DAPTOMYCIN	21	RECEIVER	98	<i>diclofenac potassium</i>	
<i>darunavir</i>	24	DEXCOM G6 MIS		.....	19
<i>dasatinib</i>	34	SENSOR.....	98	<i>diclofenac sodium</i> ...	19
<i>dasetta 1/35</i>	68	DEXCOM G6 MIS		<i>diclofenac sodium</i>	
<i>dasetta 7/7/7</i>	68	TRANSMIT.....	98	<i>(ophth)</i>	88
DAURISMO	34	DEXCOM G7 MIS		<i>diclofenac sodium</i>	
<i>daysee</i>	68	RECEIVER	98	<i>(topical)</i>	97
DAYVIGO.....	59	DEXCOM G7 MIS		<i>dicloxacillin sodium</i> ..	29
<i>deblitane</i>	68	SENSOR.....	98	<i>dicyclomine hcl</i>	76
<i>deferasirox</i>	67	<i>dexmethylphenidate</i>		DIFICID	28
DELSTRIGO TAB.....	25	<i>hcl</i>	59	<i>diflunisal</i>	19
DENGVAXIA SUS	84	<i>dextrose</i>	87	<i>difluprednate</i>	88
DEPO-SUBQ PROVERA		<i>dextrose 10% w/</i>		<i>digoxin</i>	47
104.....	68	<i>sodium chloride</i>		<i>dihydroergotamine</i>	
<i>depo-testosterone</i> ..	63	<i>0.45%</i>	85	<i>mesylate</i>	60
DESCOVY TAB 120-		<i>dextrose 2.5% w/</i>		DILANTIN	55
15MG	25	<i>sodium chloride</i>		<i>diltiazem hcl</i>	46
DESCOVY TAB		<i>0.45%</i>	85	<i>diltiazem hcl coated</i>	
200/25MG	25	<i>dextrose 5% in</i>		<i>beads</i>	46
<i>desipramine hcl</i>	49	<i>lactated ringers</i>	85	<i>diltiazem hcl extended</i>	
<i>desmopressin acetate</i>		<i>dextrose 5% w/</i>		<i>release beads</i>	46
.....	74	<i>sodium chloride</i>		<i>dilt-xr</i>	46
<i>desmopressin acetate</i>		<i>0.2%</i>	85	DIP/TET PED INJ 25-	
<i>spray</i>	74	<i>dextrose 5% w/</i>		5LFU	84
<i>desmopressin acetate</i>		<i>sodium chloride</i>		<i>diphenhydramine hcl</i>	
<i>spray refrigerated</i>	74	<i>0.225%</i>	85	.....	90
<i>desogest-eth estrad &</i>		<i>dextrose 5% w/</i>		<i>diphenoxylate w/</i>	
<i>eth estrad tab 0.15-</i>		<i>sodium chloride</i>		<i>atropine liq 2.5-</i>	
<i>0.02/0.01 mg(21/5)</i>		<i>0.3%</i>	85	<i>0.025 mg/5ml</i>	77
.....	68	<i>dextrose 5% w/</i>		<i>diphenoxylate w/</i>	
<i>desvenlafaxine</i>		<i>sodium chloride</i>		<i>atropine tab 2.5-</i>	
<i>succinate</i>	49	<i>0.45%</i>	85	<i>0.025 mg</i>	77
<i>dexamethasone</i>	73	<i>dextrose 5% w/</i>		<i>dipyridamole</i>	80
DEXAMETHASONE		<i>sodium chloride</i>		<i>disopyramide</i>	
INTENSOL.....	73	<i>0.9%</i>	85	<i>phosphate</i>	44
		DIACOMIT.....	54, 55	<i>disulfiram</i>	63

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

<i>divalproex sodium</i> .. 55	DULERA AER 100-5MCG .....94	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> .. 25
<i>docetaxel</i> 32	DULERA AER 200-5MCG .....94	EMTRIVA 24
DOCETAXEL 32	DULERA AER 50-5MCG .....94	EMVERM..... 21
DOCIVYX 32	<i>duloxetine hcl</i>.....49	<i>emzahh</i> 68
<i>dofetilide</i> 44	DUPIXENT .....81	<i>enalapril maleate</i> 42
<i>dolishale</i> 68	<i>dutasteride</i> .....78	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i> 41
<i>donepezil hydrochloride</i> 48	<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i> .....78	<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i> 41
DOPTLET 80	E	ENBREL..... 81
<i>dorzolamide hcl</i> 89	<i>e.e.s. 400</i> .....28	ENBREL MINI 81
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 2-0.5%</i> 89	<i>econazole nitrate</i> ....95	ENBREL SURECLICK 81
<i>dotti</i> 72	EDURANT.....24	<i>endocet tab 10-325mg</i> 20
DOVATO TAB 50-300MG 25	<i>efavirenz</i> .....24	<i>endocet tab 2.5-325mg</i> 20
<i>doxazosin mesylate</i> 42	<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i> .....25	<i>endocet tab 5-325mg</i> 20
<i>doxepin hcl</i> 49	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i> .....25	<i>endocet tab 7.5-325mg</i> 20
<i>doxepin hcl (sleep)</i> . 59	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i> .....25	ENGERIX-B..... 84
<i>doxorubicin hcl</i> 32	ELIGARD.....31	<i>enilloring</i> 68
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> 32	<i>elinest</i> .....68	<i>enoxaparin sodium</i> . 79
<i>doxy 100</i> 29	ELIQUIS .....79	<i>enpresse-28</i> 68
<i>doxycycline (monohydrate)</i> 29	ELIQUIS STARTER PACK .....79	<i>enskyce</i> 68
<i>doxycycline hyclate</i> . 29	<i>eluryng</i>.....68	ENSTILAR AER 95
DRIZALMA SPRINKLE 49	EMGALITY .....60	<i>entacapone</i> 51
<i>dronabinol</i> 75	EMSAM .....49	<i>entecavir</i> 26
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i> 68	<i>emtricitabine</i> .....24	ENTRESTO CAP 15-16MG 42
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i> 68	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> ...25	ENTRESTO CAP 6-6MG 42
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.02-0.451 mg</i> 68	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> ...25	ENTRESTO TAB 24-26MG 43
<i>drospirenone-ethinyl estrad-levomefolate tab 3-0.03-0.451 mg</i> 68	<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> ...25	ENTRESTO TAB 49-51MG 43
<i>droxidopa</i> 47		ENTRESTO TAB 97-103MG 43
		<i>enulose</i> 77
		EPCLUSA PAK 150-37.5..... 26

EPCLUSA PAK 200-50MG	26	acetate tab 0.5-0.1 mg	72	ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg	45
EPCLUSA TAB 200-50MG	26	estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg	72	F	
EPCLUSA TAB 400-100	26	estradiol vaginal	72	FABRAZYME	74
EPIDIOLEX	55	estradiol valerate	72	falmina	69
epinephrine (anaphylaxis) 47, 91		eszopiclone	59	famciclovir	26
epitol	55	ethambutol hcl	26	famotidine	76
eplerenone	42	ethosuximide	55	famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml	76
EPRONTIA	55	ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	68	FANAPT	52
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg	60	ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	69	FANAPT PAK	52
ERIVEDGE	34	etodolac	19	FARXIGA	63
ERLEADA	31	etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.12-0.015 mg/24hr	69	FASENRA	92
erlotinib hcl	34	etoposide	32	FASENRA PEN	92
errin	68	etravirine	24	felbamate	55
ertapenem sodium ..	21	EULEXIN	31	felodipine	46
ery	94	euthyrox	75	fenofibrate	44
ery-tab	28	everolimus	34	fenofibrate micronized	44
ERYTHROCIN LACTOBIONATE ...	28	everolimus (immunosuppressant)	84	fenfentanyl	19
erythromycin (acne aid)	94	EVOTAZ TAB 300-150	25	fesoterodine fumarate	78
erythromycin (ophth)	88	exemestane	31	FETZIMA	49
erythromycin base ..	28	EYSUVIS	89	FETZIMA CAP TITRATIO	49
erythromycin ethylsuccinate	28	ezetimibe	44	FIASP	65
erythromycin lactobionate	28	ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg	44	FIASP FLEXTOUCH ..	65
escitalopram oxalate	49	ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg	44	FIASP PENFILL	65
esomeprazole magnesium	78	ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg	45	FIASP PUMPCART ...	65
estarylla	68			finasteride	78
estradiol	72			finfingolimod hcl	61
estradiol & norethindrone				FINTEPLA	55
				finzala	69
				FIRMAGON	31
				flac	89
				FLAREX	88
				FLEBOGAMMA DIF ..	83
				flecainide acetate ...	44
				fluconazole	23

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

<i>fluconazole in nacl</i> 0.9% inj 200 mg/100ml.....	23	<i>fosinopril sodium</i>	42	<i>gatifloxacin (ophth)</i>	88
<i>fluconazole in nacl</i> 0.9% inj 400 mg/200ml.....	23	<i>fosinopril sodium &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 10-12.5 mg</i> ...	41	GATTEX.....	77
<i>flucytosine</i>	23	<i>fosinopril sodium &</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 20-12.5 mg</i> ...	41	GAUZE PADS 2.....	65
<i>fludrocortisone acetate</i>	73	FOTIVDA.....	34	<i>gavilyte-c</i>	77
<i>flunisolide (nasal)</i> ...	93	FREESTY LIBR KIT 2 SENSOR.....	98	<i>gavilyte-g</i>	77
<i>fluocinolone acetonide</i>	96	FREESTY LIBR KIT 3 SENSOR.....	98	<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	77
<i>fluocinolone acetonide</i> (otic).....	89	FREESTY LIBR KIT SENSOR.....	98	GAVRETO	34
<i>fluocinonide</i>	96	FREESTY LIBR MIS 2 READER	98	<i>gefitinib</i>	34
<i>fluocinonide emulsified</i> <i>base</i>	96	FREESTY LIBR MIS 3 READER	98	<i>gemcitabine hcl</i>	30
<i>fluorometholone</i> (ophth).....	88	FREESTYLE MIS READER	98	<i>gemfibrozil</i>	44
<i>fluorouracil</i>	30	FRUZAQLA	34	<i>generlac</i>	77
<i>fluorouracil (topical)</i>	97	FULPHILA.....	79	<i>gengraf</i>	84
<i>fluoxetine hcl</i>	49	<i>fulvestrant</i>	31	GENOTROPIN.....	74
<i>fluphenazine</i> <i>decanoate</i>	52	<i>furosemide</i>	46	GENOTROPIN MINIQUICK.....	74
<i>fluphenazine hcl</i>	52	<i>furosemide inj</i>	46	<i>gentamicin in saline</i> <i>inj 0.8 mg/ml</i>	21
<i>flurbiprofen</i>	19	FUZEON.....	24	<i>gentamicin in saline</i> <i>inj 1 mg/ml</i>	21
<i>flurbiprofen sodium</i> .	88	<i>fyavolv tab 0.5mg-</i> <i>2.5mcg</i>	72	<i>gentamicin in saline</i> <i>inj 1.2 mg/ml</i>	21
<i>fluticasone propionate</i>	96	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	72	<i>gentamicin in saline</i> <i>inj 1.6 mg/ml</i>	21
<i>fluticasone propionate</i> (nasal)	93	FYCOMPA.....	55	<i>gentamicin in saline</i> <i>inj 2 mg/ml</i>	21
<i>fluticasone-salmeterol</i> <i>aer powder ba 100-</i> <i>50 mcg/act</i>	94	G		<i>gentamicin sulfate</i> <i>(ophth)</i>	88
<i>fluticasone-salmeterol</i> <i>aer powder ba 250-</i> <i>50 mcg/act</i>	94	<i>gabapentin</i>	55, 56	<i>gentamicin sulfate</i> <i>(topical)</i>	94
<i>fluticasone-salmeterol</i> <i>aer powder ba 500-</i> <i>50 mcg/act</i>	94	<i>galantamine</i> <i>hydrobromide</i>	48	GENVOYA TAB	25
<i>fluvoxamine maleate</i>	48	<i>gallifrey</i>	74	GILOTRIF	35
<i>fondaparinux sodium</i>	79	GAMASTAN INJ.....	83	<i>glatiramer acetate</i> ..	61
<i>fosamprenavir calcium</i>	24	GAMMAGARD LIQUID	83	<i>glatopa</i>	61
		GAMMAGARD S/D IGA LESS TH.....	83	GLEOSTINE	30
		GAMMAKED.....	83	<i>glimepiride</i>	63
		GAMMAPLEX.....	83	<i>glipizide</i>	63
		GAMUNEX-C.....	83	<i>glipizide xl</i>	63
		<i>ganciclovir sodium</i> ..	26	<i>glipizide-metformin hcl</i> <i>tab 2.5-250 mg</i> ...	63
		GARDASIL 9 INJ	84	<i>glipizide-metformin hcl</i> <i>tab 2.5-500 mg</i> ...	64
				<i>glipizide-metformin hcl</i> <i>tab 5-500 mg</i>	64
				<i>glycopyrrolate</i>	76

<i>glydo</i>	96	HERZUMA	35	<i>hydrocortisone</i>	
GLYXAMBI TAB 10-5		HIBERIX	84	<i>valerate</i>	96
MG.....	64	HUMIRA	81	<i>hydromorphone hcl</i> .	20
GLYXAMBI TAB 25-5		HUMIRA PEN	81	<i>hydroxychloroquine</i>	
MG.....	64	HUMIRA PEN KIT		<i>sulfate</i>	82
<i>granisetron hcl</i>	75	PS/UV	81	<i>hydroxyurea</i>	32
<i>griseofulvin microsize</i>		HUMIRA PEN-		<i>hydroxyzine hcl</i>	90
.....	23	CD/UC/HS START.	81	<i>hydroxyzine pamoate</i>	
<i>griseofulvin</i>		HUMIRA PEN-		.....	90
<i>ultramicrosize</i>	23	PEDIATRIC UC S ..	81	I	
<i>guanfacine hcl</i>	47	HUMULIN R U-500		<i>ibandronate sodium</i>	67
<i>guanfacine hcl (adhd)</i>		(CONCENTR.....	65	IBRANCE	35
.....	59	HUMULIN R U-500		<i>ibu</i>	19
H		KWIKPEN	65	<i>ibuprofen</i>	19
HAEGARDA	80	<i>hydralazine hcl</i>	47	<i>icatibant acetate</i>	80
<i>hailey 1.5/30</i>	69	<i>hydrochlorothiazide</i> .	46	<i>iclevia</i>	69
<i>hailey 24 fe</i>	69	<i>hydrocodone bitartrate</i>		ICLUSIG.....	35
<i>halobetasol propionate</i>		.....	19	IDACIO (2 PEN)	81
.....	96	<i>hydrocodone-</i>		IDACIO (2 SYRINGE)	
<i>haloette</i>	69	<i>acetaminophen soln</i>		.....	81
<i>haloperidol</i>	52	7.5-325 mg/15ml.	20	IDACIO CROHN INJ	
<i>haloperidol decanoate</i>		<i>hydrocodone-</i>		DISEASE	81
.....	52	<i>acetaminophen tab</i>		IDACIO PLAQU INJ	
<i>haloperidol lactate</i> ..	52	10-325 mg	20	PSORIASIS	81
HARVONI PAK 33.75-		<i>hydrocodone-</i>		IDHIFA.....	35
150MG	26	<i>acetaminophen tab</i>		<i>imatinib mesylate</i> ...	35
HARVONI PAK 45-		5-325 mg	20	IMBRUVICA	35
200MG	26	<i>hydrocodone-</i>		<i>imipenem-cilastatin</i>	
HARVONI TAB 45-		<i>acetaminophen tab</i>		<i>intravenous for soln</i>	
200MG	26	7.5-325 mg	20	250 mg	21
HARVONI TAB 90-		<i>hydrocodone-</i>		<i>imipenem-cilastatin</i>	
400MG	26	<i>ibuprofen tab 7.5-</i>		<i>intravenous for soln</i>	
HAVRIX	84	200 mg	20	500 mg	21
<i>heather</i>	69	<i>hydrocortisone</i>	73	<i>imipramine hcl</i>	49
HEP SOD/NACL INJ		<i>hydrocortisone</i>		<i>imiquimod</i>	97
25000UNT	79	(<i>intrarectal</i>)	76	IMKELDI.....	35
<i>heparin sodium</i>		<i>hydrocortisone (rectal)</i>		IMOVAX RABIES	
(<i>porcine</i>)	79	.....	97	(H.D.C.V.)	84
HEPLISAV-B.....	84	<i>hydrocortisone</i>		IMPAVIDO	21
HERCEP HYLEC SOL		(<i>topical</i>)	96	INBRIJA	51
60-10000	35	<i>hydrocortisone sod</i>		<i>incassia</i>	69
HERCEPTIN.....	35	<i>succinate</i>	73	INCRELEX.....	74

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

INCRUSE ELLIPTA... 90	<i>isosorbide mononitrate</i>	<i>junel fe 1.5/30</i> 69
<i>indapamide</i> 46	.....47	<i>junel fe 1/20</i> 69
INFANRIX INJ..... 84	<i>isotretinoin</i>.....94	<i>junel fe 24</i> 69
INFLIXIMAB 81	<i>isradipine</i>.....46	JYLAMVO 82
INLYTA..... 35	ITOVEBI .....35	JYNNEOS..... 84
INQOVI TAB 35-	<i>itraconazole</i> .....23	K
100MG 30	<i>ivabradine hcl</i>.....47	KADCYLA..... 35
INREBIC 35	<i>ivermectin</i>.....22	<i>kaitlib fe</i> 69
INSULIN PEN	IWILFIN .....32	KALYDECO..... 92
NEEDLES: BD-	IXCHIQ INJ .....84	KANJINTI 36
EMBECTA 65	IXIARO INJ .....84	<i>kariva</i> 69
INSULIN SAFETY	J	<i>kcl 10 meq/l (0.075%)</i>
NEEDLES: BD-	JAKAFI .....35	<i>in dextrose 5% &</i>
EMBECTA..... 65	<i>jantoven</i> .....79	<i>nacl 0.45% inj</i> 85
INSULIN SYRINGES:	JANUMET TAB 50-	<i>kcl 20 meq/l (0.149%)</i>
BD-EMBECTA 65	1000 .....64	<i>in nacl 0.45% inj</i> . 86
INTELENCE 24	JANUMET TAB 50-	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
INTRALIPID 87	500MG.....64	<i>in dextrose 5% &</i>
<i>introvale</i> 69	JANUMET XR TAB 100-	<i>nacl 0.2% inj</i> 85
INVEGA HAFYERA ... 52	1000 .....64	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
INVEGA SUSTENNA. 52	JANUMET XR TAB 50-	<i>in dextrose 5% &</i>
INVEGA TRINZA 52	1000 .....64	<i>nacl 0.45% inj</i> 86
IPOL INJ INACTIVE . 84	JANUMET XR TAB 50-	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
<i>ipratropium bromide</i> 90	500MG.....64	<i>in dextrose 5% &</i>
<i>ipratropium bromide</i>	JANUVIA .....64	<i>nacl 0.9% inj</i> 86
<i>(nasal)</i> 90	JARDIANCE .....64	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
<i>ipratropium-albuterol</i>	<i>jasmiel</i> .....69	<i>in nacl 0.45% inj</i> . 86
<i>nebu soln 0.5-2.5(3)</i>	<i>javygtor</i>.....74	<i>kcl 20 meq/l (0.15%)</i>
<i>mg/3ml</i> 90	JAYPIRCA.....35	<i>in nacl 0.9% inj</i> ... 86
<i>irbesartan</i> 43	JENTADUETO TAB 2.5-	<i>kcl 30 meq/l (0.224%)</i>
<i>irbesartan-</i>	1000 .....64	<i>in dextrose 5% &</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	JENTADUETO TAB 2.5-	<i>nacl 0.45% inj</i> 86
<i>tab 150-12.5 mg</i> . 43	500 .....64	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>
<i>irbesartan-</i>	JENTADUETO TAB 2.5-	<i>dextrose 5% & nacl</i>
<i>hydrochlorothiazide</i>	850 .....64	<i>0.45% inj</i> 86
<i>tab 300-12.5 mg</i> . 43	JENTADUETO TAB XR	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>
<i>irinotecan hcl</i> 32	2.5-1000MG .....64	<i>dextrose 5% & nacl</i>
ISENTRESS 24	JENTADUETO TAB XR	<i>0.9% inj</i> 86
ISENTRESS HD..... 24	5-1000MG.....64	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>
<i>isibloom</i> 69	<i>jinteli</i> .....72	<i>nacl 0.9% inj</i> 86
ISOLYTE-P INJ /D5W	<i>jolessa</i>.....69	KCL/D5W/NACL INJ
..... 85	<i>juleber</i>.....69	0.3/0.9%..... 86
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	JULUCA TAB 50-25MG	<i>kelnor 1/35</i> 69
..... 85	.....25	<i>kelnor 1/50</i> 69
<i>isoniazid</i> 26	<i>junel 1.5/30</i> .....69	KERENDIA 42
<i>isosorbide dinitrate</i> . 47	<i>junel 1/20</i>.....69	KESIMPTA 61

ketoconazole..... 23	lamivudine-zidovudine	levetiracetam in
ketoconazole (topical)	tab 150-300 mg ...25	sodium chloride iv
..... 95	lamotrigine .....56	soln 1000 mg/100ml
ketorolac	lanreotide acetate ...74	..... 56
tromethamine	lansoprazole.....78	levetiracetam in
(ophth)..... 88	lapatinib ditosylate ..36	sodium chloride iv
KEYTRUDA..... 36	larin 1.5/30.....69	soln 1500 mg/100ml
KINRIX INJ 84	larin 1/20.....69	..... 56
kionex..... 67	larin 24 fe .....69	levetiracetam in
KISQALI 200 DOSE. 36	larin fe 1.5/30 .....69	sodium chloride iv
KISQALI 200 PAK	larin fe 1/20.....69	soln 500 mg/100ml
FEMARA..... 36	latanoprost .....89	..... 56
KISQALI 400 DOSE. 36	layolis fe .....69	levobunolol hcl 89
KISQALI 400 PAK	LAZCLUZE.....36	levocarnitine
FEMARA..... 36	leena .....69	(metabolic
KISQALI 600 DOSE. 36	leflunomide .....82	modifiers)..... 74
KISQALI 600 PAK	lenalidomide.....32	levocetirizine
FEMARA..... 36	LENVIMA 10 MG DAILY	dihydrochloride ... 90
klayesta 95	DOSE .....36	levofloxacin 28
klor-con 86	LENVIMA 12MG DAILY	levofloxacin in d5w iv
klor-con 10 86	DOSE .....36	soln 250 mg/50ml 28
klor-con 8..... 86	LENVIMA 20 MG DAILY	levofloxacin in d5w iv
klor-con m10 86	DOSE .....36	soln 500 mg/100ml
klor-con m15 86	LENVIMA 4 MG DAILY	..... 28
klor-con m20 86	DOSE .....36	levofloxacin in d5w iv
KOSELUGO 36	LENVIMA 8 MG DAILY	soln 750 mg/150ml
kourzeq..... 97	DOSE .....36	..... 28
KRAZATI 36	LENVIMA CAP 14 MG	levonest..... 69
kurvelo..... 69	.....36	levonor-eth est tab
L	LENVIMA CAP 18 MG	0.15-
labetalol hcl 45	.....36	0.02/0.025/0.03 mg
lacosamide 56	LENVIMA CAP 24 MG	ð est 0.01 mg 69
lacosamide oral 56	.....36	levonorgestrel &
lactated ringer's	lessina .....69	ethinyl estradiol (91-
solution 86	letrozole .....31	day) tab 0.15-0.03
lactic acid (ammonium	leucovorin calcium ..41	mg 70
lactate) 97	leuprolide acetate ...31	levonorgestrel &
lactulose..... 77	levalbuterol hcl .....91	ethinyl estradiol tab
lactulose	levalbuterol tartrate 91	0.1 mg-20 mcg ... 70
(encephalopathy). 77	levetiracetam .....56	levonorgestrel &
lamivudine..... 24	LEVETIRACETAM .....56	ethinyl estradiol tab
lamivudine (hbv) 26		0.15 mg-30 mcg.. 70

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

<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05- 30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg</i> 70	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....42	LUPRON DEPOT (1- MONTH) 31
<i>levonorgestrel-ethinyl estradiol (continuous) tab 90- 20 mcg</i> 70	<i>lithium</i>.....61	LUPRON DEPOT (3- MONTH) 31
<i>levonorg-eth est tab 0.1-0.02mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i> 69	<i>lithium carbonate</i> ...61	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH 74
<i>levonorg-eth est tab 0.15-0.03mg(84) & eth est tab 0.01mg(7)</i> 69	LIVTENCITY.....26	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH 74
<i>levora 0.15/30-28</i> .. 70	<i>loestrin 1.5/30-21</i> ...70	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH 74
<i>levo-t</i> 75	<i>loestrin 1/20-21</i>.....70	<i>lurasidone hcl</i> 52
<i>levothyroxine sodium</i> 75	<i>loestrin fe 1.5/30</i>....70	<i>lutera</i> 70
<i>levoxyl</i> 75	<i>loestrin fe 1/20</i>.....70	LYBALVI TAB 10-10MG 52
<i>l-glutamine (sickle cell)</i> 80	LOKELMA .....67	LYBALVI TAB 15-10MG 52
LIBERVANT 56	LONSURF TAB 15-6.14.....30	LYBALVI TAB 20-10MG 53
<i>lidocaine</i> 96	LONSURF TAB 20-8.19.....30	<i>lyleq</i> 70
<i>lidocaine hcl</i> 96	<i>loperamide hcl</i>.....77	<i>lyllana</i> 72
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> 19	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> ....25	LYNPARZA 37
<i>lidocaine hcl (mouth- throat)</i> 97	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....25	LYSODREN 31
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .. 96	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....25	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 37
<i>lidocan</i> 96	<i>lorazepam</i>.....48	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 37
LILETTA..... 70	<i>lorazepam intensol</i> ..48	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 37
<i>linezolid</i> 22	LORBRENA .....36	<i>lyza</i> 70
LINEZOLID INJ 2MG/ML..... 22	<i>loryna</i>.....70	M
LINZESS..... 77	<i>losartan potassium</i> ..44	<i>magnesium sulfate</i> . 86
<i>liothyronine sodium</i> 75	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> ..43	MAGNESIUM SULFATE 86
<i>lisinopril</i> 42	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> ....43	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> 86
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> ... 41	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> ...43	<i>malathion</i> 97
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> ... 42	LOTEMAX.....88	<i>maraviroc</i> 24
	<i>loteprednol etabonate</i>.....88	<i>marlissa</i> 70
	<i>lovastatin</i>.....44	MARPLAN 49
	<i>low-ogestrel</i> .....70	MATULANE 32
	<i>loxapine succinate</i> ...52	MAVYRET PAK 50- 20MG 26
	LUMAKRAS.....37	
	LUMIGAN .....89	
	LUMIZYME .....74	

MAVYRET TAB 100-40MG	26	<i>methenamine hippurate</i>	22	MIEBO	89
<i>meclizine hcl</i>	75	<i>methimazole</i>	75	<i>mifepristone (hyperglycemia)</i> ..	74
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	74	<i>methocarbamol</i>	62	<i>mili</i>	70
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	70	<i>methotrexate sodium</i>	30, 82	<i>mimvey</i>	72
<i>mefloquine hcl</i>	23	<i>methsuximide</i>	56	<i>minocycline hcl</i>	29
<i>megestrol acetate</i> ..	31, 75	<i>methylphenidate hcl</i>	59	<i>minoxidil</i>	47
<i>megestrol acetate (appetite)</i>	75	<i>methylprednisolone</i>	73	<i>mirtazapine</i>	49
MEKINIST	37	<i>methylprednisolone acetate</i>	73	<i>misoprostol</i>	77
MEKTOVI	37	<i>methylprednisolone sod succ</i>	73	MITIGARE	19
<i>meloxicam</i>	19	<i>methyltestosterone</i>	63	M-M-R II INJ	84
<i>memantine hcl</i>	48	<i>metoclopramide hcl</i>	76	M-NATAL PLUS TAB	86
<i>memantine hcl tab 28 x 5 mg & 21 x 10 mg titration pack</i>	48	<i>metolazone</i>	46	<i>modafinil</i>	62
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 14-10 mg</i>	48	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	45	<i>moexipril hcl</i>	42
<i>memantine hcl-donepezil hcl cap er 24hr 28-10 mg</i>	48	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	45	<i>molindone hcl</i>	53
MENACTRA INJ	84	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	45	<i>mometasone furoate</i>	96
MENQUADFI INJ	84	<i>metoprolol succinate</i>	45	MONJUVI	37
MENVEO INJ	84	<i>metoprolol tartrate</i> ..	45	<i>mono-lynh</i>	70
MENVEO SOL	84	<i>metronidazole</i>	22	<i>montelukast sodium</i>	91
<i>mercaptopurine</i>	30	<i>metronidazole (topical)</i>	97	<i>morphine sulfate</i>	20
<i>meropenem</i>	22	<i>metronidazole vaginal</i>	79	MOUNJARO	64
<i>mesalamine</i>	76	<i>metyrosine</i>	47	MOVANTIK	77
<i>mesalamine w/ cleanser</i>	76	<i>mibelas 24 fe</i>	70	<i>moxifloxacin hcl</i>	28
<i>mesna</i>	41	<i>micafungin sodium</i> ..	23	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	88
MESNEX	41	<i>microgestin 1.5/30</i> ..	70	<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj</i>	28
<i>metformin hcl</i>	64	<i>microgestin 1/20</i>	70	MRESVIA	84
<i>methadone hcl</i>	20	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	70	MULTAQ	44
<i>methadone hydrochloride i</i>	20	<i>microgestin fe 1/20</i>	70	<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	86
<i>methazolamide</i>	46	<i>midodrine hcl</i>	47	<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	86
				<i>mupirocin</i>	94
				<i>mycophenolate mofetil</i>	84
				<i>mycophenolate sodium</i>	84
				MYRBETRIQ	78

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

N

<i>nabumetone</i>	19	<i>neomycin-polymyxin- hc otic soln 1%</i>	89	<i>chew tab 0.4 mg-35 mcg</i>	70
<i>nadolol</i>	45	<i>neomycin-polymyxin- hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	90	<i>norethindrone & ethinyl estradiol-fe chew tab 0.8 mg-25 mcg</i>	70
<i>naftillin sodium</i>	29	<i>neo-polycin 5(3.5)mg- 400unt-10000unt op oin</i>	88	<i>norethindrone (contraceptive)....</i>	70
NAGLAZYME.....	74	<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	87	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	70
<i>nalbuphine hcl</i>	20	NERLYNX	37	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg ...</i>	71
<i>naloxone hcl</i>	63	<i>nevirapine</i>	24	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg .71</i>	71
<i>naltrexone hcl</i>	63	NEXLETOL.....	45	<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg .71</i>	71
NAMZARIC CAP 14- 10MG	48	NEXLIZET TAB 180/10MG.....	45	<i>norethindrone ace-eth estradiol-fe chew tab 1 mg-20 mcg (24)</i>	71
NAMZARIC CAP 21- 10MG	48	NEXPLANON	70	<i>norethindrone acetate</i>	75
NAMZARIC CAP 28- 10MG	48	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	45	<i>norethindrone acetate- ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg ..</i>	72
NAMZARIC CAP 7- 10MG	48	<i>nicardipine hcl</i>	46	<i>norethindrone acetate- ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	72
NAMZARIC CAP PACK	48	NICOTROL INHALER	63	<i>norethindrone ac- ethinyl estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg- mcg</i>	70
<i>naproxen</i>	19	NICOTROL NS.....	63	<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>	71
<i>naproxen dr</i>	19	<i>nifedipine</i>	46	<i>norgestimate-eth estradiol tab 0.18- 25/0.215-25/0.25- 25 mg-mcg</i>	71
<i>naproxen sodium</i>	19	<i>nikki</i>	70	<i>norgestimate-eth estradiol tab 0.18- 35/0.215-35/0.25- 35 mg-mcg</i>	71
<i>naratriptan hcl</i>	60	<i>nilutamide</i>	31	<i>norlyroc</i>	71
<i>nateglinide</i>	64	<i>nimodipine</i>	46	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .71	
NAYZILAM	56	NINLARO	37	<i>nortrel 1/35 (21)....</i>	71
<i>nebivolol hcl</i>	45	<i>nitazoxanide</i>	22		
<i>necon 0.5/35-28</i>	70	<i>nitisinone</i>	74		
<i>nefazodone hcl</i>	49	NITRO-BID.....	47		
<i>neomycin sulfate</i>	22	<i>nitrofurantoin macrocrystal.....</i>	22		
<i>neomycin-bacitrac zn- polymyx 5(3.5)mg- 400unt-10000unt op oin</i>	88	<i>nitrofurantoin monohyd macro ...</i>	22		
<i>neomycin-polymy- gramicid op sol 1.75-10000- 0.025mg-unt-mg/ml</i>	88	<i>nitroglycerin</i>	47		
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth oint 0.1% ..</i>	87	<i>nitroglycerin (intra- anal)</i>	97		
<i>neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth susp 0.1% .</i>	87	<i>nizatidine</i>	76		
<i>neomycin-polymyxin- hc ophth susp.....</i>	87	<i>nora-be</i>	70		
		<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr.</i>	70		

<i>nortrel 1/35 (28)</i> 71	OFEV .....92	<i>hydrochlorothiazide</i>
<i>nortrel 7/7/7</i> 71	<i>ofloxacin (ophth)</i> ....88	<i>tab 40-5-25 mg</i> ... 43
<i>nortriptyline hcl</i> 50	<i>ofloxacin (otic)</i> .....90	<i>omega-3-acid ethyl</i>
NORVIR..... 24	OGIVRI.....37	<i>esters cap 1 gm</i> .. 45
NOVOLIN INJ 70/30 65	OGSIVEO .....37	<i>omeprazole</i> 78
NOVOLIN INJ 70/30 FP	OJEMDA.....37	OMNIPOD 5 DX KIT
..... 65	OJJAARA .....37	INT G7G6 66
NOVOLIN N..... 66	<i>olanzapine</i> .....53	OMNIPOD 5 DX MIS
NOVOLIN N FLEXPEN	<i>olmesartan medoxomil</i>	POD G7G6 66
..... 66	.....44	OMNIPOD 5 G7 KIT
NOVOLIN R..... 66	<i>olmesartan</i>	INTRO..... 66
NOVOLIN R FLEXPEN	<i>medoxomil-</i>	OMNIPOD 5 G7 MIS
..... 66	<i>hydrochlorothiazide</i>	PODS 66
NOVOLOG..... 66	<i>tab 20-12.5 mg</i> ...43	OMNIPOD 5 LB KIT
NOVOLOG FLEXPEN 66	<i>olmesartan</i>	INTRO G6 66
NOVOLOG MIX INJ	<i>medoxomil-</i>	OMNIPOD 5 LB MIS
70/30..... 66	<i>hydrochlorothiazide</i>	PODS G6 66
NOVOLOG MIX INJ	<i>tab 40-12.5 mg</i> ...43	OMNIPOD DASH KIT
FLEXPEN..... 66	<i>olmesartan</i>	INTRO..... 66
NOVOLOG PENFILL . 66	<i>medoxomil-</i>	OMNIPOD DASH MIS
NUBEQA 31	<i>hydrochlorothiazide</i>	PODS 66
NUEDEXTA CAP 20-	<i>tab 40-25 mg</i> .....43	OMNIPOD GO KIT
10MG 61	<i>olmesartan-</i>	10UNT/DY 66
NULOJIX..... 84	<i>amlodipine-</i>	OMNIPOD GO KIT
NUPLAZID 53	<i>hydrochlorothiazide</i>	15UNT/DY 66
NURTEC 60	<i>tab 20-5-12.5 mg</i> 43	OMNIPOD GO KIT
NUTRILIPID 87	<i>olmesartan-</i>	20UNT/DY 66
NUZYRA 29	<i>amlodipine-</i>	OMNIPOD GO KIT
<i>nyamyc</i> 95	<i>hydrochlorothiazide</i>	25UNT/DY 66
<i>nylia 1/35</i> 71	<i>tab 40-10-12.5 mg</i>	OMNIPOD GO KIT
<i>nylia 7/7/7</i> 71	.....43	30UNT/DY 66
<i>nystatin</i> 23	<i>olmesartan-</i>	OMNIPOD GO KIT
<i>nystatin (mouth-</i>	<i>amlodipine-</i>	35UNT/DY 66
<i>throat)</i> 97	<i>hydrochlorothiazide</i>	OMNIPOD GO KIT
<i>nystatin (topical)</i> 95	<i>tab 40-10-25 mg</i> .43	40UNT/DY 66
<i>nystop</i> 95	<i>olmesartan-</i>	OMNIPOD MIS
O	<i>amlodipine-</i>	CLASSIC..... 66
<i>ocella</i> 71	<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>ondansetron</i> 76
OCTAGAM..... 83	<i>tab 40-5-12.5 mg</i> 43	<i>ondansetron hcl</i> 76
<i>octreotide acetate</i> ... 74	<i>olmesartan-</i>	ONTRUZANT 37
ODEFSEY TAB 25	<i>amlodipine-</i>	ONUREG..... 30
ODOMZO 37		OPIPZA 53

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

OPSUMIT.....	48	<i>pamidronate disodium</i>		<i>pfizerpen</i>	29
ORGOVYX.....	31	.....	67	<i>phenelzine sulfate</i> ..	50
ORKAMBI GRA 100-		PAMIDRONATE		<i>phenobarbital</i>	56
125.....	92	DISODIUM	67	<i>phenobarbital sodium</i>	
ORKAMBI GRA 150-		PANRETIN	97	.....	56
188.....	92	<i>pantoprazole sodium</i>		<i>phenytek</i>	56
ORKAMBI GRA 75-		.....	78	<i>phenytoin</i>	56
94MG.....	92	PANZYGA.....	83	<i>phenytoin sodium</i> ...	56
ORKAMBI TAB 100-		<i>paricalcitol</i>	75	<i>phenytoin sodium</i>	
125.....	92	<i>paroxetine hcl</i>	50	<i>extended</i>	56
ORKAMBI TAB 200-		PAXLOVID TAB 150-		PHESGO SOL	38
125.....	92	100	26	<i>philith</i>	71
ORSERDU	31	PAXLOVID TAB 300-		PIFELTRO	24
<i>oseltamivir phosphate</i>		100	26	<i>pilocarpine hcl</i>	89
.....	26	<i>pazopanib hcl</i>	37	<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	
<i>oxacillin sodium</i>	29	PEDIARIX INJ 0.5ML	84	.....	98
<i>oxaliplatin</i>	30	PEDVAX HIB.....	85	<i>pimecrolimus</i>	97
<i>oxcarbazepine</i>	56	<i>peg 3350-kcl-na</i>		<i>pimozide</i>	53
<i>oxybutynin chloride</i>	78	<i>bicarb-nacl-na</i>		<i>pimtrea</i>	71
<i>oxycodone hcl</i>	20	<i>sulfate for soln</i>	236	<i>pindolol</i>	45
<i>oxycodone w/</i>		<i>gm</i>	77	<i>pioglitazone hcl</i>	64
<i>acetaminophen tab</i>		<i>peg 3350-kcl-sod</i>		<i>pioglitazone hcl-</i>	
<i>10-325 mg</i>	20	<i>bicarb-nacl for soln</i>		<i>metformin hcl tab</i>	
<i>oxycodone w/</i>		<i>420 gm</i>	77	<i>15-500 mg</i>	64
<i>acetaminophen tab</i>		PEGASYS	26	<i>pioglitazone hcl-</i>	
<i>2.5-325 mg</i>	20	PEMAZYRE	38	<i>metformin hcl tab</i>	
<i>oxycodone w/</i>		<i>pemetrexed disodium</i>		<i>15-850 mg</i>	64
<i>acetaminophen tab</i>		.....	30	<i>piperacillin sod-</i>	
<i>5-325 mg</i>	20	PENBRAYA INJ.....	85	<i>tazobactam na for</i>	
<i>oxycodone w/</i>		<i>penicillamine</i>	67	<i>inj 3.375 gm (3-</i>	
<i>acetaminophen tab</i>		<i>penicillin g potassium</i>		<i>0.375 gm)</i>	29
<i>7.5-325 mg</i>	20	.....	29	<i>piperacillin sod-</i>	
OXYCONTIN.....	20	<i>penicillin g sodium</i> ..	29	<i>tazobactam sod for</i>	
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>penicillin v potassium</i>		<i>inj 13.5 gm (12-1.5</i>	
MG/DOSE)	64	.....	29	<i>gm)</i>	29
OZEMPIC (0.25 OR		PENTACEL INJ	85	<i>piperacillin sod-</i>	
0.5MG/DOSE).....	64	<i>pentamidine</i>		<i>tazobactam sod for</i>	
OZEMPIC (1MG/DOSE)		<i>isethionate inh</i>	22	<i>inj 2.25 gm (2-0.25</i>	
.....	64	<i>pentamidine</i>		<i>gm)</i>	29
OZEMPIC (2MG/DOSE)		<i>isethionate inj</i>	22	<i>piperacillin sod-</i>	
.....	64	<i>pentoxifylline</i>	80	<i>tazobactam sod for</i>	
P		<i>perindopril erbumine</i>		<i>inj 4.5 gm (4-0.5</i>	
<i>pacerone</i>	44	.....	42	<i>gm)</i>	29
<i>paclitaxel</i>	32	<i>periogard</i>	98	<i>piperacillin sod-</i>	
<i>paclitaxel inj 100mg</i>	32	<i>permethrin</i>	97	<i>tazobactam sod for</i>	
<i>paliperidone</i>	53	<i>perphenazine</i>	53		

<i>inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i> 29	<i>praziquantel</i> .....22	<i>proctozone-hc</i> 97
PIQRAY 200MG DAILY DOSE 38	<i>prazosin hcl</i>.....42	<i>progesterone</i> 75
PIQRAY 250MG TAB DOSE 38	<i>prednisolone</i> .....73	PROGRAF 84
PIQRAY 300MG DAILY DOSE 38	<i>prednisolone acetate (ophth)</i> .....88	PROLASTIN-C 92
<i>pirfenidone</i> 92	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP ...88	PROLIA 67
<i>piroxicam</i> 19	<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....73	<i>promethazine hcl</i> 76
<i>plenamine</i> 87	<i>prednisone</i> .....73	<i>propafenone hcl</i> 44
PLENVU SOL 77	PREDNISONE INTENSOL .....73	<i>proparacaine hcl</i> 89
<i>podofilox</i> 97	<i>pregabalin</i> 56, 57	<i>propranolol hcl</i> 46
<i>polycin ophth oint</i> ... 88	PREMASOL SOL 10% .....87	<i>propylthiouracil</i> 75
<i>polymyxin b sulfate</i> 22	PRENATAL TAB 27-1MG .....87	PROQUAD INJ 85
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i> 88	PRENATAL TAB PLUS .....87	PROSOL INJ 20% ... 87
POMALYST 32	<i>prevalite</i> .....45	<i>protriptyline hcl</i> 50
<i>portia-28</i> 71	PREVYMIS .....26	PULMOZYME 92
<i>posaconazole</i> 23	PREZCOBIX TAB 800-150 .....25	PURIXAN 31
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.45% INJ.. 86	PREZISTA .....24	<i>pyrazinamide</i> 26
POT CHL 20MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ.... 86	PRIFTIN .....26	<i>pyridostigmine bromide</i> 61
POT CHL 40MEQ/L IN NAACL 0.9% INJ.... 86	<i>primaquine phosphate</i> .....23	<i>pyrimethamine</i> 22
<i>potassium chloride</i> . 86, 87	PRIMAQUINE PHOSPHATE .....23	Q
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i> ... 86	<i>primidone</i> .....57	QINLOCK..... 38
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i> 87	PRIORIX INJ.....85	QUADRACEL INJ 0.5ML 85
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> 78	PRIVIGEN .....83	<i>quetiapine fumarate</i> 53
<i>pramipexole dihydrochloride</i> 51	<i>probenecid</i> .....19	<i>quinapril hcl</i> 42
<i>prasugrel hcl</i> 80	<i>prochlorperazine</i> .....76	<i>quinidine sulfate</i> 44
<i>pravastatin sodium</i> . 44	<i>prochlorperazine edisylate</i> .....76	<i>quinine sulfate</i> 23
	<i>prochlorperazine maleate</i> .....76	QULIPTA 60
	PROCRIT.....79	R
	<i>proctocort</i> .....97	RABAVERT INJ 85
	<i>procto-med hc</i> .....97	<i>rabeprazole sodium</i> 78
	<i>proctosol hc</i> .....97	<i>raloxifene hcl</i> 74
		<i>ramipril</i> 42
		<i>ranolazine</i> 47
		<i>rasagiline mesylate</i> . 51
		<i>reclipsen</i> 71
		RECOMBIVAX HB.... 85
		REGANEX 97
		RELENZA DISKHALER 26
		RELISTOR..... 77
		REMICADE..... 81

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

RENFLXIS	81	RUBRACA.....	38	SODIUM OXYBATE ..	62
<i>repaglinide</i>	64	<i>rufinamide</i>	57	<i>sodium phenylbutyrate</i>	
REPATHA.....	45	RUKOBIA	24	.....	74
REPATHA		RYBELSUS.....	64	<i>sodium polystyrene</i>	
PUSHTRONEX		RYDAPT	38	<i>sulfonate powder</i> .	67
SYSTEM.....	45	S		<i>solifenacin succinate</i>	78
REPATHA SURECLICK		<i>sajazir</i>	80	SOLLIQUA INJ 100/33	
.....	45	SANTYL	97	.....	66
RESTASIS.....	89	<i>sapropterin</i>		SOLTAMOX.....	31
RESTASIS MULTIDOSE		<i>dihydrochloride</i>	74	SOLU-CORTEF.....	73
.....	89	SCEMBLIX.....	38	SOMATULINE DEPOT	
RETEVMO	38	<i>scopolamine</i>	76	.....	74
REVUFORJ	38	SECUADO	54	SOMAVERT	74
REXULTI.....	53	<i>selegiline hcl</i>	51	<i>sorafenib tosylate</i> ...	38
REYATAZ	24	<i>selenium sulfide</i>	95	<i>sotalol hcl</i>	44
REZLIDHIA	38	SELZENTRY	24	<i>sotalol hcl (afib/af)</i>	44
REZUROCK	84	SEREVENT DISKUS .	91	SOTYKTU	82
RHOPRESSA.....	89	<i>sertraline hcl</i>	50	<i>spironolactone</i>	42
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>		<i>setlakin</i>	71	<i>spironolactone &</i>	
.....	26	<i>sharobel</i>	71	<i>hydrochlorothiazide</i>	
<i>rifabutin</i>	26	SHINGRIX.....	85	<i>tab 25-25 mg</i>	46
<i>rifampin</i>	26	SIGNIFOR	74	<i>sprintec 28</i>	71
<i>riluzole</i>	61	SIKLOS.....	80	SPRITAM	57
<i>rimantadine</i>		<i>sildenafil citrate</i>		<i>sps</i>	67
<i>hydrochloride</i>	27	(<i>pulmonary</i>		<i>sps rectal</i>	67
RINVOQ	82	<i>hypertension</i>)	48	<i>sronyx</i>	71
RINVOQ LQ.....	82	<i>silver sulfadiazine</i> ...	94	<i>ssd</i>	94
<i>risedronate sodium</i> .	67	SIMBRINZA SUS 1-		STELARA	82
<i>risperidone</i>	53	0.2%	89	STIVARGA	38
<i>risperidone</i>		<i>simliya</i>	71	<i>streptomycin sulfate</i>	22
<i>microspheres</i>	54	<i>simpesse</i>	71	STRIBILD TAB.....	25
<i>ritonavir</i>	24	<i>simvastatin</i>	44	<i>subvenite</i>	57
<i>rivastigmine</i>	49	<i>sirolimus</i>	84	<i>sucalfate</i>	77
<i>rivastigmine tartrate</i>		SIRTURO	26	<i>sulfacetamide sodium</i>	
.....	49	SKYRIZI.....	82	(<i>acne</i>).....	94
<i>rivelsa</i>	71	SKYRIZI PEN	82	<i>sulfacetamide sodium</i>	
<i>rizatriptan benzoate</i>	60	<i>sod sulfate-pot sulf-</i>		(<i>ophth</i>)	88
ROCKLATAN DRO ...	89	<i>mg sulf oral sol</i>		<i>sulfacetamide sodium-</i>	
<i>roflumilast</i>	92	17.5-3.13-1.6		<i>prednisolone ophth</i>	
<i>ropinirole</i>		<i>gm/177ml</i>	77	<i>soln 10-</i>	
<i>hydrochloride</i>	51	<i>sodium chloride</i>	86	0.23(0.25)%	87
<i>rosuvastatin calcium</i>	44	<i>sodium chloride (gu</i>		<i>sulfadiazine</i>	22
ROTARIX SUS	85	<i>irrigant</i>)	97	<i>sulfamethoxazole-</i>	
ROTATEQ SOL.....	85	<i>sodium fluoride chew;</i>		<i>trimethoprim iv soln</i>	
<i>roweepra</i>	57	<i>tab; 1.1 (0.5 f)</i>		400-80 mg/5ml ...	22
ROZLYTREK	38	<i>mg/ml soln</i>	87		

sulfamethoxazole-trimethoprim susp
 200-40 mg/5ml ... 22
sulfamethoxazole-trimethoprim tab
 400-80 mg..... 22
sulfamethoxazole-trimethoprim tab
 800-160 mg..... 22
 SULFAMYLON 94
sulfasalazine 76
sulindac..... 19
sumatriptan 60
sumatriptan succinate
 60
sunitinib malate 38
 SUNLENCA..... 24
syeda..... 71
 SYMDEKO TAB 100-150..... 92
 SYMDEKO TAB 50-75MG 92
 SYMPAZAN 57
 SYMTUZA TAB 25
 SYNAREL 74
 SYNJARDY TAB 12.5-1000MG..... 64
 SYNJARDY TAB 12.5-500..... 64
 SYNJARDY TAB 5-1000MG..... 64
 SYNJARDY TAB 5-500MG 64
 SYNJARDY XR TAB 10-1000 65
 SYNJARDY XR TAB 12.5-1000 65
 SYNJARDY XR TAB 25-1000 65
 SYNJARDY XR TAB 5-1000MG..... 65
 SYNTHROID 75

T
 TABRECTA39
tacrolimus.....84
tacrolimus (topical) .97
tadalafil78
tadalafil (pulmonary hypertension)48
 TAFINLAR39
 TAGRISSO39
 TALZENNA39
tamoxifen citrate31
tamsulosin hcl78
tarina 24 fe71
tarina fe 1/20 eq....71
 TASIGNA39
tasimelteon59
 TAVNEOS.....80
tazarotene95
tazicef27
 TAZORAC.....95
 TAZVERIK39
 TECENTRIQ39
 TECENTRIQ INJ HYBREZA39
 TEFLARO.....27
telmisartan44
telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg.....43
telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg43
telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg.....43
telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg43
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg ...43

telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg ... 43
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg..... 43
 temazepam 59
 TENIVAC INJ 5-2LF . 85
tenofovir disoproxil fumarate 24
 TEPMETKO..... 39
terazosin hcl 42
terbinafine hcl..... 23
terbutaline sulfate .. 91
terconazole vaginal . 79
 TERIPARATIDE 67
testosterone 63
testosterone cypionate
 63
testosterone enanthate 63
testosterone pump . 63
tetrabenazine..... 61
tetracycline hcl..... 29
 THALOMID..... 32
 THEO-24 92
theophylline..... 92
thioridazine hcl 54
thiothixene 54
tiadylt er 46
tiagabine hcl 57
 TIBSOVO..... 39
 TICOVAC 85
tigecycline 29
tilia fe 71
timolol maleate 46
timolol maleate (ophth) 89
tinidazole 22
 TIVICAY 24
 TIVICAY PD 24
tizanidine hcl 62

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



TOBI PODHALER.....	22	<i>triamcinolone</i>		<i>trimethoprim</i>	22
TOBRADEX OIN 0.3- 0.1%.....	87	<i>acetonide (topical)</i>		<i>tri-mili</i>	72
<i>tobramycin</i>	22	.....	96	<i>trimipramine maleate</i>	
<i>tobramycin (ophth)</i> ..	88	<i>triamterene &</i>		.....	50
<i>tobramycin sulfate</i> ..	22	<i>hydrochlorothiazide</i>		TRINTELLIX	50
<i>tobramycin-</i>		<i>cap 37.5-25 mg</i> ...	47	<i>tri-nymyo</i>	72
<i>dexamethasone</i>		<i>triamterene &</i>		<i>tri-sprintec</i>	72
<i>ophth susp 0.3-</i>		<i>hydrochlorothiazide</i>		TRIUMEQ PD TAB ...	25
<i>0.1%</i>	88	<i>tab 37.5-25 mg</i> ...	47	TRIUMEQ TAB	25
<i>tolterodine tartrate</i> .	78	<i>triamterene &</i>		<i>trivora-28</i>	72
<i>topiramate</i>	57	<i>hydrochlorothiazide</i>		<i>tri-vylibra</i>	72
<i>toremifene citrate</i> ...	31	<i>tab 75-50 mg</i>	47	<i>tri-vylibra lo</i>	72
<i>torpenz</i>	39	<i>tridacaine ii</i>	96	TROGARZO.....	24
<i>torsemide</i>	46	<i>triderm</i>	96	TROPHAMINE INJ 10%	
TOUJEO MAX		<i>trientine hcl</i>	67	.....	87
SOLOSTAR.....	67	<i>tri-estarylla</i>	71	<i>trospium chloride</i> ...	78
TOUJEO SOLOSTAR	67	<i>trifluoperazine hcl</i> ...	54	TRUE METRIX KIT AIR	
TPN ELECTROL INJ..	86	<i>trifluridine</i>	88	.....	98
TRADJENTA	65	<i>trihexyphenidyl hcl</i> ..	51	TRUE METRIX KIT	
<i>tramadol hcl</i>	20	TRIJARDY XR TAB ER		METER	98
<i>tramadol-</i>		24HR 10-5-1000MG		TRUE METRIX STRIPS	
<i>acetaminophen tab</i>		.....	65	.....	98
<i>37.5-325 mg</i>	20	TRIJARDY XR TAB ER		TRULICITY.....	65
<i>trandolapril</i>	42	24HR 12.5-2.5-		TRUMENBA INJ.....	85
<i>tranexamic acid</i>	80	1000MG	65	TRUQAP	39
<i>tranylcypramine</i>		TRIJARDY XR TAB ER		TRUXIMA.....	39
<i>sulfate</i>	50	24HR 25-5-1000MG		TUKYSA	39
TRAVASOL INJ 10%	87	.....	65	TURALIO	39
TRAZIMERA	39	TRIJARDY XR TAB ER		<i>turqoz</i>	72
<i>trazodone hcl</i>	50	24HR 5-2.5-1000MG		<i>twice-daily</i>	
TRECTOR.....	26	.....	65	<i>clindamycin</i>	
TRELEGY AER ELLIPTA		TRIKAFTA PAK 59.5MG		<i>phosphate (topical)</i>	
100-62.5-25 MCG	90	.....	92	.....	94
TRELEGY AER ELLIPTA		TRIKAFTA PAK 75MG		TWINRIX INJ	85
200-62.5-25 MCG	90	.....	92	TYBOST.....	24
TREMFYA	82	TRIKAFTA TAB 100-		<i>tydemy</i>	72
<i>treprostinil</i>	48	50-75MG & 150MG		TYENNE.....	82
TRESIBA.....	67	.....	92	TYPHIM VI	85
TRESIBA FLEXTOUCH		TRIKAFTA TAB 50-25-		U	
.....	67	37.5MG & 75MG..	92	UBRELVY	60
<i>tretinoin</i>	94	<i>tri-legend fe</i>	71	<i>unithroid</i>	75
<i>tretinoin</i>		<i>tri-linyah</i>	71	<i>ursodiol</i>	77
(chemotherapy)...	32	<i>tri-lo-estarylla</i>	71	V	
<i>triamcinolone</i>		<i>tri-lo-marzia</i>	71	<i>valacyclovir hcl</i>	27
<i>acetonide (mouth)</i>	98	<i>tri-lo-mili</i>	71	VALCHLOR.....	97
		<i>tri-lo-sprintec</i>	71	<i>valganciclovir hcl</i>	27

<i>valproate sodium</i> 57	<i>velivet</i> .....72	<i>water for irrigation,</i> <i>sterile irrigation soln</i> 97
<i>valproic acid</i> 57	VELSIPITY.....82	WELIREG..... 32
<i>valsartan</i> 44	VENCLEXTA..... 39, 40	<i>wera</i> 72
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 160-12.5 mg</i> .43	VENCLEXTA TAB START PK.....40	WESTAB PLUS TAB 27-1MG..... 87
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 160-25 mg</i> 43	<i>venlafaxine hcl</i> .....50	<i>wixela inhub</i> 94
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 320-12.5 mg</i> .43	VENTOLIN HFA .....91	<i>wymzya fe</i> 72
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 320-25 mg</i> 43	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK).....91	X
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide</i> <i>tab 80-12.5 mg</i> ... 43	VEOZAH.....74	XALKORI 40
VALTOCO 10 MG DOSE 57	<i>verapamil hcl</i>.....46	XARELTO..... 79
VALTOCO 15 MG DOSE 57	VERQUOVO .....47	XARELTO STAR TAB 15/20MG 79
VALTOCO 20 MG DOSE 57	VERSACLOZ .....54	XATMEP 82
VALTOCO 5 MG DOSE 57	VERZENIO.....40	XCOPRI 58
<i>vancomycin hcl</i> 22	<i>vestura</i> .....72	XCOPRI PAK 100-150 58
VANCOMYCIN INJ 1 GM..... 22	<i>vienna</i> .....72	XCOPRI PAK 12.5-25 58
VANCOMYCIN INJ 500MG 22	<i>vigabatrin</i> .....57	XCOPRI PAK 150- 200MG (MAINTENANCE).. 58
VANCOMYCIN INJ 750MG 22	<i>vigadrone</i> .....57	XCOPRI PAK 150- 200MG (TITRATION) 58
VANFLYTA..... 39	VIGAFYDE .....57	XCOPRI PAK 50- 100MG 58
VAQTA 85	<i>vigpoder</i> .....57	XDEMVI 88
<i>varenicline tartrate</i> .63	<i>vilazodone hcl</i> .....50	XELJANZ 82
<i>varenicline tartrate tab</i> <i>11 x 0.5 mg & 42 x</i> <i>1 mg start pack</i> ... 63	<i>vincristine sulfate</i> ...32	XELJANZ XR 82
VARIVAX 85	<i>vinorelbine tartrate</i> .32	XERMELO 77
VASCEPA..... 45	<i>viorele</i> .....72	XGEVA 67
VAXCHORA SUS 85	VIRACEPT .....24	XHANCE 93
	VIREAD .....24	XIFAXAN 78
	VITRAKVI.....40	XIGDUO XR TAB 10- 1000 65
	VIVITROL.....63	XIGDUO XR TAB 10- 500MG 65
	VIZIMPRO .....40	XIGDUO XR TAB 2.5- 1000 65
	VONJO.....40	
	VORANIGO.....40	
	<i>voriconazole</i> .....23	
	VOSEVI TAB .....27	
	VOWST CAP .....77	
	VRAYLAR .....54	
	<i>vyfemla</i> .....72	
	<i>vylibra</i> .....72	
	VYZULTA.....89	
	W	
	<i>warfarin sodium</i>.....79	

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

XIGDUO XR TAB 5- 1000MG.....	65	XULTOPHY INJ 100/3.6	67	ZENPEP CAP 40000UNT	78
XIGDUO XR TAB 5- 500MG	65	Y YF-VAX INJ	85	ZENPEP CAP 5000UNIT	78
XIIDRA.....	89	<i>yuvafem</i>	72	ZENPEP CAP 60000UNT	78
XOFLUZA.....	27	Z <i>zafemy</i>	72	<i>zidovudine</i>	25
XOLAIR	93	<i>zafirlukast</i>	91	<i>ziprasidone hcl</i>	54
XOSPATA.....	40	<i>zaleplon</i>	59, 60	<i>ziprasidone mesylate</i>	54
XPOVIO PAK (100 MG ONCE WEEKLY) ...	40	ZARXIO	79	ZIRABEV	40
XPOVIO PAK (40 MG ONCE WEEKLY) ...	40	ZEGALOGUE.....	73	ZIRGAN.....	88
XPOVIO PAK (40 MG TWICE WEEKLY) ..	40	ZEJULA.....	40	<i>zoledronic acid</i>	67
XPOVIO PAK (60 MG ONCE WEEKLY) ...	40	ZELBORAF.....	40	ZOLINZA	41
XPOVIO PAK (60 MG TWICE WEEKLY) ..	40	ZEMAIRA	93	<i>zolpidem tartrate</i>	60
XPOVIO PAK (80 MG ONCE WEEKLY) ...	40	<i>zenatane</i>	94	ZONISADE.....	58
XPOVIO PAK (80 MG TWICE WEEKLY) ..	40	ZENPEP CAP 10000UNT	78	<i>zonisamide</i>	58
XTANDI.....	31, 32	ZENPEP CAP 15000UNT	78	<i>zovia 1/35</i>	72
<i>xulane</i>	72	ZENPEP CAP 20000UNT	78	ZTALMY.....	58
		ZENPEP CAP 25000UNT	78	<i>zumandimine</i>	72
		ZENPEP CAP 3000UNIT	78	ZURZUVAE	50
				ZYDELIG	41
				ZYKADIA	41
				ZYLET SUS 0.5-0.3%	88



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



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

이 처방집은 2025년 04월 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.