

2025 年版 処方集

wellcare

(保険適用薬リストまたは 「薬剤リスト」)

Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)、
Wellcare Giveback (HMO)、
Wellcare Giveback (HMO-POS)、
Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)、
Wellcare Giveback Open (PPO)、
Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO)、
Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)、
Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO)、
Wellcare 'Ohana Simple (HMO)、Wellcare Premium Ultra (HMO)、
Wellcare Simple (HMO)、Wellcare Simple (HMO-POS)、
Wellcare Simple Exclusive (HMO)、Wellcare Simple Focus (HMO)、
Wellcare Simple Open (PPO)、Wellcare Simple Ruby (HMO)、Wellcare Simple Value (HMO)

14



お読みください：この文書には、このプランで扱っている薬剤に関する情報が記載されています

HPMS 承認済み処方集ファイル提出 ID 25076

この処方集は 07/01/2025 に更新されました。最新情報やその他のご質問については、本処方集の表紙と裏表紙の内側に記載されているプランの電話番号から、またはウェブサイトから Wellcare 会員サービスにお問い合わせください。10 月 1 日から 3 月 31 日までは、週 7 日、午前 8 時から午後 8 時まで、4 月 1 日から 9 月 30 日までは、月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 8 時まで担当者が対応いたします。

Arkansas

Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellAR

Arizona

Wellcare Simple Open (PPO)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Giveback (HMO),

Wellcare Simple (HMO),

Wellcare Simple Value (HMO)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellAZ

California

Wellcare Giveback (HMO),

Wellcare Simple (HMO)

1-866-999-3945 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Premium Ultra (HMO),

Wellcare Simple Focus (HMO),

Wellcare Simple Ruby (HMO),

Wellcare Simple Focus (HMO)

1-800-275-4737 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetCA

Connecticut

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Florida

HMO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Georgia

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Hawaii

HMO

1-877-457-7621 (TTY: 711)

wellcare.com/ohana

Illinois

Wellcare Giveback Open (PPO),

Wellcare Simple (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Simple Exclusive (HMO)

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Kansas

Wellcare Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellKS

Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcarecomplete.com

Kentucky

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Louisiana

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

New York

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Maine

HMO-POS, PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Ohio

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellOH

Michigan

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Oregon

PPO

1-844-582-5177 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetOR

Mississippi

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

South Carolina

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Missouri

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellMO

Tennessee

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Nevada

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellNV

Texas

Wellcare Giveback (HMO) H0174017000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174018000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174019000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174020000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174021000,
Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open
(PPO) H7323011000,
Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open
(PPO) H7323012000,
Wellcare Simple (HMO) H0174002000,
Wellcare Simple (HMO) H0174010000,
Wellcare Simple (HMO) H0174014000
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Giveback (HMO) H5294019000
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellTX

Washington

Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced
Open (PPO),
Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Giveback Open (PPO)
1-844-582-5177 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetOR

既存会員への注意事項：この処方集は昨年以降変更されています。この文書を確認して、服用している薬剤がまだ含まれていることを確認してください。

この薬剤リスト（処方集）で「弊社」または「当社」と言及している場合、Wellcare を意味します。「プラン」または「当社のプラン」と言及している場合、Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback (HMO)、Wellcare Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)、Wellcare Giveback Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO)、Wellcare 'Ohana Simple (HMO)、Wellcare Premium Ultra (HMO)、Wellcare Simple (HMO)、Wellcare Simple (HMO-POS)、Wellcare Simple Exclusive (HMO)、Wellcare Simple Focus (HMO)、Wellcare Simple Open (PPO)、Wellcare Simple Ruby (HMO)、Wellcare Simple Value (HMO) を意味します。

本文書には、07/01/2025 現在のプランの薬剤リスト（処方集）が含まれています。最新の薬剤リスト（処方集）については、当社までお問い合わせください。当社の連絡先情報は、薬剤リスト（処方集）の最終更新日とともに、表紙と裏表紙の内側に記載されています。

処方薬給付を使用するには、通常、ネットワーク薬局を使用する必要があります。給付、処方集、ネットワーク薬局、および/または自己負担分/共同保険は、2025 年 1 月 1 日および 1 年の間に随時変更される可能性があります。

Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback (HMO)、Wellcare Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)、Wellcare Giveback Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO)、Wellcare ‘Ohana Simple (HMO)、Wellcare Premium Ultra (HMO)、Wellcare Simple (HMO)、Wellcare Simple (HMO-POS)、Wellcare Simple Exclusive (HMO)、Wellcare Simple Focus (HMO)、Wellcare Simple Open (PPO)、Wellcare Simple Ruby (HMO)、Wellcare Simple Value (HMO) 処方集とは何ですか？

この文書では、薬剤リストと処方集という用語を同じ意味で使用しています。処方集とは、医療従事者のチームと協議して当社のプランが選択した保険適用薬リストで、品質の高い治療プログラムに必要であると考えられる処方治療を示しています。当社のプランは、薬剤が医学的に必要であり、処方薬がプランのネットワーク薬局で入力され、その他のプランの規則に従っている限り、通常、当社の処方集に記載されている薬剤を保険適用とします。処方箋の入力方法の詳細については、保険適用のエビデンスをご覧ください。

処方集は変更できますか？

医薬品保険適用の変更の多くは1月1日に行われますが、1年の間に処方集に対して追加または削除したり、別の費用分担段階に移動したり、新しい制限を追加したりすることができます。これらの変更を行うには、Medicare 規則に従う必要があります。処方集の更新は毎月、表紙と裏表紙の内側にある当社のウェブサイトに掲載されます。

今年影響を与える可能性がある変更： 以下の場合、その年の保険適用の変更によって影響を受けます。

- **特定の新しい先発医薬品およびオリジナルの生物由来製品の即時置換。** 同じかそれ以下の費用分担段階で、制限が同じかまたは少ない特定の新しい薬剤に置き換える場合は、処方集から直ちに薬剤を削除する場合があります。新しい薬剤を処方集に追加する場合、先発医薬品またはオリジナルの生物由来製品を処方集に残したまま、直ちに別の費用負担段階に移動したり、新たな制限事項を追加することもできます。

このような即時変更は、処方集にすでに含まれている、先発医薬品の新しいジェネリック医薬品を追加したり、オリジナルの生物由来製品の新しいバイオ後続品を追加したりする場合にのみ行うことができます。（例えば、新しい処方箋を使わずに薬局でオリジナルの生物由来製品に代用できる交換可能なバイオ後続品を追加するなど）。

現在、先発医薬品またはオリジナルの生物由来製品を服用している場合、即時変更する前にお知らせすることはできない可能性があります。後日、当社が行った特定の変更に関する情報を提供します。

このような変更を行う場合、会員または処方者は、例外を要請し、変更されている薬剤について引き続き保険適用するように要請できます。詳細については、以下の

「Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback (HMO)、Wellcare Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)、Wellcare Giveback Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO)、Wellcare 'Ohana Simple (HMO)、Wellcare Premium Ultra (HMO)、Wellcare Simple (HMO)、Wellcare Simple (HMO-POS)、Wellcare Simple Exclusive (HMO)、Wellcare Simple Focus (HMO)、Wellcare Simple Open (PPO)、Wellcare Simple Ruby (HMO)、Wellcare Simple Value (HMO) の処方集について例外を要求するにはどうすればよいですか？」をご参照ください。

これらの薬剤タイプには、ご存じなかったものが含まれているかもしれません。詳細については、以下の「オリジナルの生物由来製品とは何ですか、バイオ後続品にどのように関連していますか？」をご覧ください。

- **市場から除外された薬剤。**薬剤が製造業者によって販売中止とされた場合、または Food and Drug Administration（FDA）が安全性または有効性の理由で販売中止と判断した場合、当社は直ちに処方集から当該薬剤を削除し、その後、当該薬剤を服用している会員に通知することがあります。
- **その他の変更。**現在薬剤を服用している会員に影響するその他の変更を行う場合があります。例えば、ジェネリック医薬品を追加する際に、処方集から先発医薬品を削除したり、バイオ後続品を追加する際に、オリジナルの生物由来製品を削除したりすることがあります。また、先発医薬品またはオリジナルの生物由来製品に新たな制限を適用したり、別の費用分担段階に移したり、あるいはその両方を行う場合もあります。新しい臨床ガイドラインに基づいて変更を加える場合があります。薬剤を処方集から除外する場合、または薬剤に関する事前承認、量制限および/または段階療法制限を追加する場合、または薬剤をより高い費用負担段階に移動する場合、変更が有効になる 30 日前までに影響を受けた会員に変更を通知する必要があります。また、会員が薬剤の再処方を要求する場合、30 日分の薬剤と変更の通知を提供される場合があります。

その他の変更を行う場合、会員または処方者は、例外を要請し、服用している薬剤について引き続き保険適用するように要請できます。当社が提供する通知には、例外を要求する方法に関する情報も記載されています。また、以下の「Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback (HMO)、Wellcare Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)、Wellcare Giveback Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO)、Wellcare ‘Ohana Simple (HMO)、Wellcare Premium Ultra (HMO)、Wellcare Simple (HMO)、Wellcare Simple (HMO-POS)、Wellcare Simple Exclusive (HMO)、Wellcare Simple Focus (HMO)、Wellcare Simple Open (PPO)、Wellcare Simple Ruby (HMO)、Wellcare Simple Value (HMO) の処方集について例外を要求するにはどうすればよいですか？」にも記載されています。

現在薬剤を服用している場合、変更は影響を与えません。通常、年の初めに保険適用された2025年版処方集にある薬剤を服用している場合、上述の場合を除き、2025年の保険適用期間中に薬剤の保険適用を中止または削減することはありません。つまり、これらの薬剤について、会員は保険適用年の残り期間中、同じ費用分担で、新たな制限なく引き続き入手可能になります。影響しない変更については、本年は直接通知されません。ただし、翌年の1月1日には、そのような変更が会員に影響を与える可能性があります。薬剤の変更がないかどうか、新しい給付年の処方集を確認することが重要です。

同梱の処方集は、07/01/2025 現在のものです。当社のプランによって保険適用される薬剤に関する最新情報については、当社までお問い合わせください。お問い合わせ先は表紙と裏表紙の内側に記載されています。

処方集は毎月更新され、当社のウェブサイトに掲載されます。最新の書面での処方集を入手したり、当社のプランの保険適用となる薬剤に関する情報を入手したりするには、当社のウェブサイトをご覧ください。表紙と裏表紙の内側に記載されている当社の連絡先情報から会員サービスまでお電話ください。

処方集の使用方法

処方集内で薬剤を検索するには、次の2つの方法があります。

病状

処方集は1ページから始まります。この処方集にある薬剤は、治療する病状の種類に応じてカテゴリに分類されます。例えば、心臓疾患の治療に使用される薬剤は、「循環器系、高血圧/脂質」のカテゴリにリストされています。薬剤の使用目的がわかっている場合は、1ページから始まるリストでカテゴリ名を探します。次に、薬剤をカテゴリ名の中から探します。

アルファベット順のリスト

どのカテゴリを検索すべきかわからない場合は、INDEX-1 ページから始まる索引で薬剤を検索してください。索引には、本書に含まれているすべての薬剤がアルファベット順に表示されます。先発医薬品とジェネリック医薬品の両方が索引に記載されています。索引から薬剤を見つけます。薬剤の横には、保険適用情報を確認できるページ番号が表示されています。索引にリストされているページに移動し、リストの最初の列で薬剤名を探します。

ジェネリック医薬品とは？

当社のプランでは、先発医薬品とジェネリック医薬品の両方を保険適用としています。ジェネリック医薬品は、先発医薬品と同じ有効成分を持つことがFDAによって承認されています。一般的に、ジェネリック医薬品は先発医薬品と同様の効果があるだけでなく、コストも安価になります。多くの先発医薬品には、ジェネリック医薬品代替品が用意されています。州の法律によっては、ジェネリック医薬品を、新しい処方箋を必要とせずに薬局で先発医薬品に代用することができます。

オリジナルの生物由来製品とは何ですか？ バイオ後続品にどのように関連していますか？

処方集で薬剤という場合、薬剤またはバイオ後続品を意味する可能性があります。バイオ後続品は、一般的な薬剤よりも複雑な薬剤です。バイオ後続品は、一般的な薬剤よりも複雑であるため、ジェネリック医薬品が存在しない代わりに、バイオ後続品と呼ばれる代替品が存在します。一般的に、バイオ後続品はオリジナルの生物由来製品と同様の効果があるだけでなく、コストが削減される可能性があります。一部のオリジナルの生物由来製品には、バイオ後続品の代替品があります。バイオ後続品の中には代替可能なバイオ後続品があり、州の法律によっては、新しい処方箋を必要とせずに薬局でオリジナルの生物由来製品の代わりに使用できるものもあります。これは、ジェネリック医薬品を先発医薬品に代用できるのと同様です。

- 薬剤の種類については、第5章「保険適用のエビデンス」のセクション3.1「保険適用対象となるパートD 医薬品を示す薬剤リスト」をご覧ください。

保険適用に制限はありますか？

一部の保険適用薬には、追加要件または保険適用の制限がある場合があります。これらの要件と制限には、以下が含まれます。

- **事前承認**：当社のプランでは、会員または処方者は特定の薬剤について事前承認を得る必要があります。つまり、処方箋を入力する前に、当社のプランから承認を得る必要があります。承認を得られない場合、当社のプランはその薬剤について保険適用しない可能性があります。
- **量制限**：特定の薬剤については、当社のプランで保険適用される薬剤の量が制限されています。例えば、当社のプランでは、rizatriptan 5 mg の処方箋につき18錠を提供しています。これは、標準的な1ヶ月分または3ヶ月分の供給に追加される場合があります。
- **段階療法**：当社のプランでは、当社がその疾患に対して別の薬剤を保険適用する前に、まず病状を治療するための特定の薬剤を試すことが要求される場合があります。例えば、病状の治療に薬剤Aと薬剤Bの両方が使用できる場合、当社のプランは、最初に薬剤Aを試さない限り、薬剤Bを保険適用にしないことがあります。薬剤Aで効果がない場合は、薬剤Bが保険適用されます。

1 ページから記載されている処方集を参照すると、薬剤に追加の要件または制限があるかどうかを確認できます。また、特定の保険適用薬の制限事項に関する詳細については、弊社のウェブサイトをご覧ください。当社の事前承認および段階療法の制限事項を説明するオンライン文書を掲載しています。また、コピーを送ってもらうように依頼することもできます。当社の連絡先情報は、処方集の最終更新日とともに、表紙と裏表紙の内側に記載されています。

これらの制限を例外とするか、または健康状態を治療する可能性があるその他の類似薬剤のリストを要求することができます。例外を要求する方法については、VIII ページにある

「Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback (HMO)、Wellcare Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)、Wellcare Giveback Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO)、Wellcare ‘Ohana Simple (HMO)、Wellcare Premium Ultra (HMO)、Wellcare Simple (HMO)、Wellcare Simple (HMO-POS)、Wellcare Simple Exclusive (HMO)、Wellcare Simple Focus (HMO)、Wellcare Simple Open (PPO)、Wellcare Simple Ruby (HMO)、Wellcare Simple Value (HMO) の処方集について例外を要求するにはどうすればよいですか？」をご参照ください。

服用している薬剤が処方集に載っていない場合はどうすればよいですか？

服用している薬剤がこの処方集（保険適用薬リスト）に載っていない場合、まず会員サービスに連絡し、薬剤が保険適用対象かどうかをお問い合わせください。

服用している薬剤について当社のプランが保険適用していないことが判明した場合は、次の2つの選択肢があります。

- 当社のプランで保険適用されている同様の薬剤のリストについて、会員サービスにお問い合わせください。リストを受け取ったら、それを医師に見せ、当社のプランによって保険適用されている類似の薬剤を処方してもらうようにしてください。
- 当社のプランに、例外を認め、薬剤に保険適用してもらえるように依頼することができます。例外を要求する方法については、以下を参照してください。

Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback (HMO)、Wellcare Giveback (HMO-POS)、Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)、Wellcare Giveback Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)、Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open (PPO)、Wellcare ‘Ohana Simple (HMO)、Wellcare Premium Ultra (HMO)、Wellcare Simple (HMO)、Wellcare Simple (HMO-POS)、Wellcare Simple Exclusive (HMO)、Wellcare Simple Focus (HMO)、Wellcare Simple Open (PPO)、Wellcare Simple Ruby (HMO)、Wellcare Simple Value (HMO) の処方集について例外を要求するにはどうすればよいですか？

当社のプランでは、当社の保険適用の規則について例外を認めてもらうように依頼することができます。依頼できる例外にはいくつかの種類があります。

- 当社の処方集にない場合でも、薬剤の保険適用を依頼することができます。承認された場合、この薬剤は事前に決定された費用分担レベルで保険適用され、低い費用分担レベルでの薬剤の提供を依頼することはできません。
- 薬剤の事前承認、段階療法、または量制限など保険適用の制限を免除するように依頼できます。例えば、特定の薬剤については、当社のプランでは保険適用対象となる薬剤の量が制限されています。薬剤に量制限がある場合、上限を放棄し、より多くの量を保険適用するように依頼することができます。
- 薬剤がスペシャルティ段階でない限り、処方集にある薬剤に、低い費用分担レベルで保険適用するように依頼できます。承認されれば、薬剤を安く購入できます。

一般的に、当社のプランでは、プランの処方集に含まれている代替薬剤、より低い費用分担の医薬品、制限の適用が会員にとって有効ではない場合、および/または会員に悪影響を及ぼす可能性がある場合に限り、例外の要請を承認します。

会員または処方者は、保険適用制限の例外を含め、階層または処方集の例外について当社に問い合わせる必要があります。**例外を要求する場合、処方者は例外が必要な理由を医学的に説明する必要があります。**当社は通常、処方者の補足声明を取得してから 72 時間以内に決定する必要があります。決定されるまで 72 時間待つことによって健康に悪影響が及ぶ可能性があると確信し、当社が同意すれば、迅速な（速い）決定を求めることができる。当社が同意する場合、または処方者から迅速な決定を求められた場合は、処方者の補足声明を取得してから 24 時間以内に決定を行う必要があります。

服用している薬剤が処方集に載っていない場合、または制限がある場合はどうすればよいですか？

当社のプランの新規会員または継続会員が、当社の処方集にない薬剤を服用している可能性があります。または、当社の処方集にあるが、事前承認などの保険適用制限がある薬剤を服用している可能性があります。服用する薬剤について当社が保険適用できるように、保険適用の要求について処方者に相談して、承認の基準を満たしていること、当社が保険適用している代替薬に切り替えてみたこと、または処方集の例外を要求していることを示してもらう必要があります。会員と医師が適切な方針を決定している間、会員が当社のプランの会員となった最初の 90 日間、特定のケースで会員の薬剤を保険適用する場合があります。

当社の処方集にない、または保険適用制限がある各薬剤について、一時的に 30 日間の保険適用を行います。処方箋が少ない日数で書かれている場合は、最大 30 日分の薬剤を補充できます。保険適用が承認されていない場合、最初の 30 日以降は、会員がプランの会員となって 90 日未満であっても、これらの薬剤について支払いは行われません。

長期介護施設に居住しており、当社の処方集にない薬剤が必要な場合、または薬剤を入手する能力が制限されている場合は、プランの会員となって最初の 90 日を過ぎた場合でも、処方集の例外を検討している間、その薬剤について緊急事態として 31 日間の保険適用を提供します。

介護度の変更（退院または長期介護施設への入所など）が発生した場合、医師または薬局は医療従事者サービスセンターに連絡し、1 回限りの上書きを要求できます。この 1 回限りの上書きは、最大 30 日間の保険適用となります（少ない日数の処方箋を作成している場合を除く）。

詳細情報

会員のプランの処方薬の保険適用範囲の詳細については、保険適用のエビデンスとその他のプランの資料をご確認ください。

プランについてご質問がある場合は、当社までお問い合わせください。当社の連絡先情報は、処方集の最終更新日とともに、表紙と裏表紙の内側に記載されています。

Medicare 処方薬補償に関する一般的なご質問は、Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までご連絡ください。24 時間年中無休です。TTY ユーザーは 1-877-486-2048 におかけください。または、<http://www.medicare.gov> にアクセスしてください。

プランの処方集

以下の処方集には、当社のプランによって保険適用されている薬剤に関する保険適用情報が記載されています。薬剤リスト内で薬剤を見つけることができない場合は、INDEX-1 から始まる索引を参照してください。

チャートの最初の列には、薬剤名が記載されています。先発医薬品は大文字（ELIQUISなど）で表記され、ジェネリック医薬品は小文字（*simvastatin*など）の斜体で記載されています。

要件/制限欄の情報は、当社のプランに会員の薬剤の保険適用に関する特別な要件があるかどうかを示します。

- **NT** は、Not Part D（パート D ではない）の略です。この処方薬は通常、Medicare 処方薬プランでは保険適用されません。この薬剤の処方箋を入力するときに支払う金額は、総薬剤費にはカウントされません（つまり、支払う金額について高額医療補償の対象にはなりません）。さらに、処方薬の支払いに追加支援（Extra Help）を受けている場合、この薬剤の支払いに追加支援は得られません。
- **NM** は、毎月のメールサービス特典ではこの薬剤を利用できないことを意味します。これは、処方集の要件/制限欄に記載されています。処方集にあるほとんどの薬剤について1ヵ月以上分を、郵便サービスを介して低コストで受け取ることができます。詳細については、第5章の「保険適用のエビデンス」を参照してください。
- **PA** は事前承認の略です。詳細については VI ページをご覧ください。
- **PA-NS** は、Prior Authorization for New Starts（新製品の事前承認）の略です。これは、この薬剤が初めての場合、処方箋を入力する前に当社から承認を得る必要があることを意味します。登録時にこの薬剤を服用している場合、承認の基準を満たす必要はありません。
- **B/D** は、Medicare B または D での保険適用を意味します。この薬剤は、Medicare Part B またはパート D での支払いで対象となる場合があります。この薬剤を処方する前に、この薬剤が Medicare Part D で保険適用されていることを確認するために、会員（または医師）が当社から事前承認を得る必要があります。事前の承認がない場合、この薬剤に対して保険適用することができない場合があります。
- **QL** は、Quantity Limits（量制限）の略です。詳細については VI ページを参照してください。
- **LA** は、Limited Access（アクセス制限）薬剤の略です。この処方箋は、特定の薬局でのみ使用できます。詳細については、薬局処方集を参照するか、本処方集の表紙と裏表紙の内側に記載されている電話番号またはウェブサイトから会員サービスにお電話ください。10月1日から3月31日までは、週7日、午前8時から午後8時まで、4月1日から9月30日までは、月曜日から金曜日の午前8時から午後8時まで担当者が対応いたします。
- **ST** は、Step Therapy（段階療法）の略です。詳細については VI ページを参照してください。
- **^** は、最長 30 日間の薬剤供給のみを意味します。

薬剤階層の自己負担分/共同保険

処方薬は6階層のうちの1つにグループ化されます。薬剤の階層を確認するには、処方集の1ページから始まる薬剤階層欄を参照してください。適用される可能性のある免責金額を含む処方箋の自己負担費用の詳細については、保険適用のエビデンスおよびその他のプランについての資料を参照してください。

- **階層1（優先ジェネリック）**には、優先ジェネリック医薬品が含まれ、場合によっては一部の先発医薬品が含まれます。
 - 優先自己負担分：\$0
 - 標準自己負担分：\$5
- **階層2（ジェネリック）**には、ジェネリック医薬品が含まれ、場合によっては一部の先発医薬品が含まれます。
 - 優先自己負担分：\$0
 - 標準自己負担分：\$10
- **階層3（優先先発）**には、優先先発医薬品が含まれ、場合によっては一部のジェネリック医薬品が含まれます。

この階層では、対象となる各インスリン製剤の1カ月分の供給に対して\$35を超える金額は支払いません。階層の費用分担が\$35未満の場合は、インスリンのコストを低く抑えることができます。

- 優先共同保険の範囲：18% ～ 25%
- 標準共同保険：25%
- **階層4（非優先医薬品）**には、非優先先発医薬品および非優先ジェネリック医薬品が含まれます。

この階層では、対象となる各インスリン製剤の1カ月分の供給に対して\$35を超える金額は支払いません。階層の費用分担が\$35未満の場合は、インスリンのコストを低く抑えることができます。

- 優先共同保険の範囲：32% ～ 50%
- 標準共同保険の範囲：32% ～ 50%

- **階層 5（スペシャルティ段階）**には、高コストの先発医薬品とジェネリック医薬品が含まれます。この階層の薬剤は、下位層での支払いの例外対象ではありません。
 - 優先共同保険の範囲：28% ～ 33%
 - 標準共同保険の範囲：28% ～ 33%
- **階層 6（選択治療薬）**には、特定の慢性疾患を治療したり、疾患を予防（ワクチン接種）したりするために一般的に使用されるジェネリック医薬品と先発医薬品が含まれています。
 - 優先自己負担分：\$0
 - 標準自己負担分：\$0

適用される自己負担/共同保険および金額については、保険適用のエビデンスまたは給付の要約を参照してください。

Table of Contents

その他のサプリメント	3
ビタミン、造血薬/電解質	3
免疫学、ワクチン/バイオテクノロジー	6
内分泌/糖尿病	12
呼吸器およびアレルギー	19
心血管系、高血圧/脂質	24
抗がん剤/免疫抑制剤	34
抗感染	47
泌尿器	62
産婦人科/婦人科	63
皮膚科/局所療法	70
眼科	76
筋骨格/リウマチ	79
耳、鼻/喉の治療薬	83
胃腸	83
自律神経系/神経系薬剤、神経/精神	88
診断/その他の薬剤	109

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
その他のサプリメント		
その他のサプリメント		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2"	2	
GAUZE PAD TOPICAL BANDAGE 2 X 2 "	3	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE	2	BD or Embecta preferred
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (15 EA per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (1 EA per 365 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	3	PA; QL (15 EA per 30 days)
PEN NEEDLE, DIABETIC NEEDLE 29 GAUGE X 1/2"	2	BD or Embecta preferred
ビタミン、造血薬/電解質		
その他の栄養製品		
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	B/D
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	B/D
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	B/D
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 6-5 %	4	B/D
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-10 %	4	B/D
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 8-14 %	4	B/D
electrolyte-148 intravenous parenteral solution	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
electrolyte-48 in d5w intravenous parenteral solution	4	
electrolyte-a intravenous parenteral solution	2	
intralipid intravenous emulsion 20 %	4	B/D
ISOLYTE S PH 7.4 INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 5 %	4	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION	4	
PLENAMINE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 15 %	4	B/D
premasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	4	B/D
travasol 10 % intravenous parenteral solution 10 %	4	B/D
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 10 %	4	B/D
ビタミン/造血薬		
cyanocobalamin (vitamin b-12) injection solution	1	NT
dodex injection solution 1,000 mcg/ml	1	NT
ergocalciferol (vitamin d2) oral capsule 1,250 mcg (50,000 unit)	1	NT
fluoride (sodium) oral tablet 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	2	
fluoride (sodium) oral tablet,chewable 1 mg (2.2 mg sod. fluoride)	2	
folic acid oral tablet 1 mg	1	NT
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27 mg iron- 1 mg	2	
電解質		
klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq	1	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
klor-con 8 oral tablet extended release 8 meq	1
klor-con m10 oral tablet,er particles/crystals 10 meq	1
klor-con m15 oral tablet,er particles/crystals 15 meq	2
klor-con m20 oral tablet,er particles/crystals 20 meq	1
klor-con oral packet 20 meq	2
lactated ringers intravenous parenteral solution	4
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/100 ML	3
magnesium sulfate in water intravenous parenteral solution 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %)	4
magnesium sulfate in water intravenous piggyback 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %)	4
magnesium sulfate injection solution 500 mg/ml (50 %)	4
magnesium sulfate injection syringe 500 mg/ml (50 %)	4
potassium chlorid-d5-0.45%nacl intravenous parenteral solution 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l	2
potassium chloride in 0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l, 40 meq/l	2
potassium chloride in 5 % dex intravenous parenteral solution 20 meq/l	2
potassium chloride in water intravenous piggyback 10 meq/50 ml, 20 meq/50 ml	4
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)	2
potassium chloride oral capsule, extended release 10 meq, 8 meq	2

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
potassium chloride oral liquid 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml	2	
potassium chloride oral packet 20 meq	2	
potassium chloride oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 10 meq, 20 meq	1	
potassium chloride oral tablet,er particles/crystals 15 meq	2	
potassium chloride-0.45 % nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride-d5-0.2%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 20 meq/l	2	
potassium chloride-d5-0.9%nacl intravenous parenteral solution 40 meq/l	4	
sodium chloride 0.45 % intravenous parenteral solution 0.45 %	2	
sodium chloride 3 % hypertonic intravenous parenteral solution 3 %	2	
sodium chloride 5 % hypertonic intravenous parenteral solution 5 %	2	
sodium chloride intravenous solution 2.5 meq/ml, 4 meq/ml	4	
免疫学、ワクチン/バイオテクノロジー		
バイオテクノロジー薬		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5 ML	5^	PA; LA
ARCALYST SUBCUTANEOUS RECON SOLN 220 MG	5^	PA; LA
BESREMI SUBCUTANEOUS SYRINGE 500 MCG/ML	5^	PA-NS; LA

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	5^	PA; QL (14 EA per 28 days)
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML	5^	PA
NIVESTYM SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML	5^	PA
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 6 MG/0.6 ML	5^	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML)	5^	PA
OMNITROPE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 5.8 MG	5^	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	5^	PA; QL (4 ML per 28 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SYRINGE 180 MCG/0.5 ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML	3	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40,000 UNIT/ML	5^	PA
ワクチン/その他の免疫		
ABRYSVO (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 120 MCG/0.5 ML	6	NM; IRA \$0 for age 19 and older
ACTHIB (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	NM
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML	6	NM
AREXVY (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 120 MCG/0.5 ML	6	NM; IRA \$0 for age 60 and older only
BCG VACCINE, LIVE (PF) PERCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MG	6	NM
BEXSERO INTRAMUSCULAR SYRINGE 50-50-50-25 MCG/0.5 ML	6	NM

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5^	PA; NM; LA
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
BOOSTRIX TDAP INTRAMUSCULAR SYRINGE 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
DENGVAIXIA (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML	6	NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 20 MCG/ML	6	B/D; NM
ENGERIX-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/ML	6	B/D; NM
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION 15-18 % RANGE	3	NM
GAMMAGARD LIQUID INJECTION SOLUTION 10 %	5^	PA; NM
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) INTRAVENOUS RECON SOLN 10 GRAM, 5 GRAM	5^	PA; NM
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5^	PA; NM
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	5^	PA; NM; LA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML)	5^	PA; NM; LA
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %)	5^	PA; NM

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	6	NM; IRA \$0 up to age 45
GARDASIL 9 (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 0.5 ML	6	NM; IRA \$0 up to age 45
HAVRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML	6	NM
HEPLISAV-B (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 20 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
HIBERIX (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 10 MCG/0.5 ML	6	NM
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 2.5 UNIT	6	NM
INFANRIX (DTAP) (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML	6	NM
IPOL INJECTION SUSPENSION 40-8-32 UNIT/0.5 ML	6	NM
IXCHIQ (PF) INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1,000 TCID50/0.5 ML	6	NM
IXIARO (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 6 MCG/0.5 ML	6	NM
JYNNEOS (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5	6	NM
KINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML	6	NM
MENACTRA (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 4 MCG/0.5 ML	6	NM
MENQUADFI (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10 MCG/0.5 ML	6	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR KIT 10-5 MCG/0.5 ML	6	NM
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 10-5 MCG/0.5 ML	6	NM
M-M-R II (PF) SUBCUTANEOUS RECON SOLN 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML	6	NM

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
MRESVIA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 50 MCG/0.5 ML	6	NM; IRA \$0 for age 60 and older only
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 5 %	5^	PA; NM
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 10 % (100 ML), 10 % (200 ML), 10 % (25 ML), 10 % (300 ML), 10 % (50 ML)	5^	PA; NM
PEDIARIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML	6	NM
PEDVAX HIB (PF) INTRAMUSCULAR SOLUTION 7.5 MCG/0.5 ML	6	NM
PENBRAYA (PF) INTRAMUSCULAR KIT 5-120 MCG/0.5 ML	6	NM
PENTACEL (PF) INTRAMUSCULAR KIT 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML	6	NM
PRIORIX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML	6	NM
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	5^	PA; NM
PROQUAD (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5	6	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	NM
QUADRACEL (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML	6	NM
RABAVERT (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 2.5 UNIT	6	NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
RECOMBIVAX HB (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML	6	B/D; NM
ROTARIX ORAL SUSPENSION 10EXP6 CCID50 /1.5 ML	6	NM
ROTATEQ VACCINE ORAL SOLUTION 2 ML	6	NM

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
SHINGRIX (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 50 MCG/0.5 ML	6	NM; A third dose may be considered in post-transplant members (PA required).; QL (2 EA per 999 days)
STAMARIL (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,000 UNIT/0.5 ML	6	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML	6	NM
TENIVAC (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 5-2 LF UNIT/0.5 ML	6	NM
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-25 LF UNIT/0.5 ML	6	B/D; NM
TICOVAC INTRAMUSCULAR SYRINGE 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML	6	NM
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SYRINGE 120 MCG/0.5 ML	6	NM
TWINRIX (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML	6	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5 ML	6	NM
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 MCG/0.5 ML	6	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	6	NM
VAQTA (PF) INTRAMUSCULAR SYRINGE 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML	6	NM
VARIVAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1,350 UNIT/0.5 ML	6	NM
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SYRINGE 40 MCG/0.8 ML	6	NM
YF-VAX (PF) SUBCUTANEOUS SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML(2.5 ML IN 1 VIAL)	6	NM

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称

薬剤の階 要件/制限
層

内分泌/糖尿病

その他のホルモン

ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5 ML	5^	PA
cabergoline oral tablet 0.5 mg	2	
calcitonin (salmon) nasal spray,non-aerosol 200 unit/actuation	2	
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	2	
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	2	
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	2	
cinacalcet oral tablet 30 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet oral tablet 60 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
cinacalcet oral tablet 90 mg	5^	QL (120 EA per 30 days)
danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	2	
desmopressin injection solution 4 mcg/ml	5^	
desmopressin nasal spray with pump 10 mcg/spray (0.1 ml)	2	
desmopressin nasal spray,non-aerosol 10 mcg/spray (0.1 ml)	2	
desmopressin oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	2	
doxercalciferol oral capsule 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg	2	
FABRAZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 35 MG, 5 MG	5^	PA
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	5^	PA; LA
LUMIZYME INTRAVENOUS RECON SOLN 50 MG	5^	PA
mifepristone oral tablet 300 mg	5^	PA
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/5 ML	5^	PA; LA
pamidronate intravenous solution 30 mg/10 ml (3 mg/ml), 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml)	2	
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
sapropterin oral powder in packet 100 mg, 500 mg	5^	PA
sapropterin oral tablet,soluble 100 mg	5^	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS RECON SOLN 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	5^	PA; LA
testosterone cypionate intramuscular oil 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	2	
testosterone enanthate intramuscular oil 200 mg/ml	2	
testosterone transdermal gel 50 mg/5 gram (1 %)	2	PA; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 12.5 mg/ 1.25 gram (1 %)	2	PA; QL (300 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in metered-dose pump 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %)	2	PA; QL (150 GM per 30 days)
testosterone transdermal gel in packet 1 % (25 mg/2.5gram), 1 % (50 mg/5 gram)	2	PA; QL (300 GM per 30 days)
tolvaptan oral tablet 15 mg, 30 mg	5^	PA
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/5 ml	2	B/D
副腎ホルモン		
dexamethasone intensol oral drops 1 mg/ml	4	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5 ml	2	
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5 ml	2	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	2	
dexamethasone sodium phos (pf) injection solution 10 mg/ml	2	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 4 mg/ml	2	
dexamethasone sodium phosphate injection syringe 4 mg/ml	2	
fludrocortisone oral tablet 0.1 mg	2	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	2	
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	2	B/D
methylprednisolone oral tablets,dose pack 4 mg	2	
methylprednisolone sodium succ injection recon soln 125 mg, 40 mg	2	
methylprednisolone sodium succ intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg	2	
prednisolone oral solution 15 mg/5 ml	2	
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 15 mg/5 ml (5 ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml)	2	
prednisone intensol oral concentrate 5 mg/ml	4	
prednisone oral solution 5 mg/5 ml	4	
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	1	
prednisone oral tablets,dose pack 10 mg, 10 mg (48 pack), 5 mg, 5 mg (48 pack)	2	
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) INJECTION RECON SOLN 1,000 MG/8 ML, 100 MG/2 ML, 250 MG/2 ML, 500 MG/4 ML	4	
抗甲状腺治療薬		
methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
propylthiouracil oral tablet 50 mg	2	
甲状腺ホルモン		
euthyrox oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
levo-t oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
levothyroxine oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
levoxyl oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
liothyronine oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg	2	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	3	
unithroid oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg	1	
糖尿病治療		
acarbose oral tablet 100 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 25 mg	6	QL (360 EA per 30 days)
acarbose oral tablet 50 mg	6	QL (180 EA per 30 days)
alcohol pads topical pads, medicated	2	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85 ML	3	PA; QL (3.4 ML per 28 days)
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	5^	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 1 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 2 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
glimepiride oral tablet 4 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 10 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
glipizide oral tablet 5 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 10 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 2.5 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
glipizide oral tablet extended release 24hr 5 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
glipizide-metformin oral tablet 2.5-250 mg	6	QL (240 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
glipizide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	6	QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 1 MG/0.2 ML	3	
GVOKE SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2 ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	3	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 500 UNIT/ML (3 ML)	3	
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	
INSULIN ASP PRT-INSULIN ASPART SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML (70-30)	3	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 UNIT/ML	3	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	
INSULIN ASPART U-100 SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	
INSULIN DEGLUDEC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML), 200 UNIT/ML (3 ML)	3	
INSULIN DEGLUDEC SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	3	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
INSULIN GLARGINE U-300 CONC SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 300 UNIT/ML (1.5 ML), 300 UNIT/ML (3 ML)	3	
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 50-500 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 50-500 MG	4	QL (120 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG	4	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 100-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET, ER MULTIPHASE 24 HR 50-1,000 MG, 50-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 5-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
metformin oral tablet 1,000 mg	6	QL (75 EA per 30 days)
metformin oral tablet 500 mg	6	QL (150 EA per 30 days)
metformin oral tablet 850 mg	6	QL (90 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
metformin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	6	Generic for Glucophage XR; QL (120 EA per 30 days)
metformin oral tablet extended release 24 hr 750 mg	6	Generic for Glucophage XR; QL (60 EA per 30 days)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
nateglinide oral tablet 120 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
nateglinide oral tablet 60 mg	6	QL (180 EA per 30 days)
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML (70-30)	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (70-30)	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R FLEXPEN SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT/ML (3 ML)	3	(brand RELION not covered)
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	3	(brand RELION not covered)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML)	3	PA; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML)	3	PA; QL (1.8 ML per 30 days)
pioglitazone oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
pioglitazone-metformin oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg	6	QL (90 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg	6	QL (960 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
repaglinide oral tablet 1 mg	6	QL (480 EA per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	6	QL (240 EA per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 1.5 MG, 14 MG, 3 MG, 4 MG, 7 MG, 9 MG	3	PA; QL (30 EA per 30 days)
saxagliptin oral tablet 2.5 mg, 5 mg	3	
SOLIQUA 100/33 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-33 MCG/ML	3	QL (15 ML per 25 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML	3	PA; QL (2 ML per 28 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 10-1,000 MG, 10-500 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET, IR - ER, BIPHASIC 24HR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
XULTOPHY 100/3.6 SUBCUTANEOUS INSULIN PEN 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML)	3	QL (15 ML per 30 days)
呼吸器およびアレルギー		
抗ヒスタミン/抗アレルギー薬		
adrenalin injection solution 1 mg/ml (1 ml)	4	
cetirizine oral solution 1 mg/ml	1	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
ciproheptadine oral tablet 4 mg	4	PA
desloratadine oral tablet 5 mg	2	
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	2	
diphenhydramine hcl injection syringe 50 mg/ml	2	
epinephrine injection auto-injector 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml	2	Only Epinephrine NDCs starting with 00093 and 49502 are covered; QL (4 EA per 30 days)
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	4	PA
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	4	PA
levocetirizine oral solution 2.5 mg/5 ml	2	
levocetirizine oral tablet 5 mg	2	
promethazine injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	4	
promethazine oral syrup 6.25 mg/5 ml	4	PA
promethazine oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	4	PA
肺治療薬		
acetylcysteine solution 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %)	2	B/D
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	5^	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION	3	QL (12 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation	2	8.5 gm inhaler; QL (17 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation hfa aerosol inhaler 90 mcg/actuation (nda020503)	2	6.7 gm inhaler; QL (13.4 GM per 30 days)
albuterol sulfate inhalation solution for nebulization 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml	2	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5 ml	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	2	
alyq oral tablet 20 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5-25 MCG/ACTUATION	3	QL (60 EA per 30 days)
arformoterol inhalation solution for nebulization 15 mcg/2 ml	4	B/D; QL (120 ML per 30 days)
ARNUIITY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION	3	QL (30 EA per 30 days)
ATROVENT HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 17 MCG/ACTUATION	4	QL (25.8 GM per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 9-4.8 MCG	3	QL (10.7 GM per 30 days)
bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE	3	QL (60 EA per 30 days)
breyna inhalation hfa aerosol inhaler 160-4.5 mcg/actuation, 80-4.5 mcg/actuation	3	Breyna is generic for Symbicort; QL (30.9 GM per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION HFA AEROSOL INHALER 160-9-4.8 MCG/ACTUATION	3	Retail Inhalation Canister (10.7g inhaler containing 120 inhalations); QL (10.7 GM per 30 days)
budesonide inhalation suspension for nebulization 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml	4	B/D
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION MIST 20-100 MCG/ACTUATION	3	QL (8 GM per 30 days)
cromolyn inhalation solution for nebulization 20 mg/2 ml	3	B/D
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	5^	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 10 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
FASENRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG/ML	5^	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
flunisolide nasal spray,non-aerosol 25 mcg (0.025 %)	2	QL (50 ML per 30 days)
fluticasone propionate nasal spray,suspension 50 mcg/actuation	2	QL (16 GM per 30 days)
fluticasone propion-salmeterol inhalation blister with device 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose	2	QL (60 EA per 30 days)
formoterol fumarate inhalation solution for nebulization 20 mcg/2 ml	4	B/D; QL (120 ML per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 2,000 UNIT	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
HAEGARDA SUBCUTANEOUS RECON SOLN 3,000 UNIT	5^	PA; LA; QL (20 EA per 30 days)
icatibant subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	5^	PA; QL (27 ML per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 62.5 MCG/ACTUATION	3	QL (30 EA per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	2	B/D
ipratropium-albuterol inhalation solution for nebulization 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml	2	B/D
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 13.4 MG, 5.8 MG	5^	PA; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL GRANULES IN PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
levalbuterol hcl inhalation solution for nebulization 0.31 mg/3 ml, 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/0.5 ml, 1.25 mg/3 ml	2	B/D
mometasone nasal spray,non-aerosol 50 mcg/actuation	2	QL (34 GM per 30 days)
montelukast oral granules in packet 4 mg	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
montelukast oral tablet 10 mg	1	
montelukast oral tablet,chewable 4 mg, 5 mg	2	
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL GRANULES IN PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	5^	PA; LA; QL (112 EA per 28 days)
pirfenidone oral capsule 267 mg	5^	PA; QL (270 EA per 30 days)
pirfenidone oral tablet 267 mg	5^	PA; QL (270 EA per 30 days)
pirfenidone oral tablet 801 mg	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	5^	B/D
roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg	2	QL (30 EA per 30 days)
sajazir subcutaneous syringe 30 mg/3 ml	5^	PA; LA; QL (27 ML per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION BLISTER WITH DEVICE 50 MCG/DOSE	3	QL (60 EA per 30 days)
sildenafil (pulm.hypertension) oral tablet 20 mg	2	PA; generic for Revatio; QL (90 EA per 30 days)
SYMDEKO ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N)	5^	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
tadalafil (pulm. hypertension) oral tablet 20 mg	5^	PA; generic for Adcirca; QL (60 EA per 30 days)
terbutaline oral tablet 2.5 mg, 5 mg	2	
THEO-24 ORAL CAPSULE,EXTENDED RELEASE 24HR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	4	
theophylline oral elixir 80 mg/15 ml	2	
theophylline oral solution 80 mg/15 ml	2	
theophylline oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg	2	
theophylline oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 600 mg	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
TRELEGY ELLIPTA INHALATION BLISTER WITH DEVICE 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG	3	QL (60 EA per 30 days)
TRIKAFTA ORAL GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N)	5^	PA; QL (56 EA per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLETS, SEQUENTIAL 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N)	5^	PA; LA; QL (84 EA per 28 days)
VENTOLIN HFA INHALATION HFA AEROSOL INHALER 90 MCG/ACTUATION	3	18 gm inhaler; QL (36 GM per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 75 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS RECON SOLN 150 MG	5^	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5^	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	2	
心血管系、高血圧/脂質		
その他の心血管薬		
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5 ML	3	QL (450 ML per 30 days)
digoxin oral solution 50 mcg/ml (0.05 mg/ml)	2	
digoxin oral tablet 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), 62.5 mcg (0.0625 mg)	2	QL (60 EA per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ivabradine oral tablet 5 mg, 7.5 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
ranolazine oral tablet extended release 12 hr 1,000 mg, 500 mg	4	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
VYNDAQEL ORAL CAPSULE 20 MG	5^	PA

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
凝固療法		
aspirin-dipyridamole oral capsule, er multiphase 12 hr 25-200 mg	2	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	3	
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	1	
clopidogrel oral tablet 75 mg	1	
dabigatran etexilate oral capsule 110 mg, 150 mg, 75 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	
DOPTELET (10 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5^	PA; LA
DOPTELET (15 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5^	PA; LA
DOPTELET (30 TAB PACK) ORAL TABLET 20 MG	5^	PA; LA
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 5 MG (74 TABS)	3	QL (74 EA per 180 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	3	QL (74 EA per 30 days)
enoxaparin subcutaneous solution 300 mg/3 ml	4	
enoxaparin subcutaneous syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml	4	
fondaparinux subcutaneous syringe 10 mg/0.8 ml, 5 mg/0.4 ml, 7.5 mg/0.6 ml	5^	
fondaparinux subcutaneous syringe 2.5 mg/0.5 ml	2	
heparin (porcine) in 5 % dex intravenous parenteral solution 20,000 unit/500 ml (40 unit/ml), 25,000 unit/250 ml(100 unit/ml), 25,000 unit/500 ml (50 unit/ml)	2	
heparin (porcine) injection solution 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml	2	
HEPARIN(PORCINE) IN 0.45% NACL INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 12,500 UNIT/250 ML	3	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
heparin(porcine) in 0.45% nacl intravenous parenteral solution 25,000 unit/250 ml, 25,000 unit/500 ml	4	
jantoven oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	
pentoxifylline oral tablet extended release 400 mg	1	
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	2	
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 12.5 MG	5^	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL POWDER IN PACKET 25 MG	5^	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
rivaroxaban oral tablet 2.5 mg	3	QL (60 EA per 30 days)
warfarin oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg	1	
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ORAL TABLETS,DOSE PACK 15 MG (42)- 20 MG (9)	3	QL (51 EA per 180 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 1 MG/ML	3	QL (775 ML per 28 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
抗不整脈薬		
amiodarone intravenous solution 50 mg/ml	2	
amiodarone oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
amiodarone oral tablet 200 mg	1	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	4	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	2	
flecainide oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	2	
mexiletine oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg	4	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	4	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
pacerone oral tablet 200 mg	1	
propafenone oral capsule, extended release 12 hr 225 mg, 325 mg, 425 mg	2	
propafenone oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	2	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	2	
sotalol af oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	2	
sotalol oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	1	
硝酸塩		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	2	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	1	
isosorbide mononitrate oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 30 mg, 60 mg	1	
nitro-bid transdermal ointment 2 %	4	
nitroglycerin sublingual tablet 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	2	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	2	
脂質/コレステロール降下薬		
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
atorvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
cholestyramine (with sugar) oral powder 4 gram	2	
cholestyramine (with sugar) oral powder in packet 4 gram	2	
cholestyramine light oral powder 4 gram	2	
cholestyramine light oral powder in packet 4 gram	2	
colesevelam oral powder in packet 3.75 gram	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
colesevelam oral tablet 625 mg	2	
colestipol oral granules 5 gram	2	
colestipol oral packet 5 gram	2	
colestipol oral tablet 1 gram	2	
ezetimibe oral tablet 10 mg	1	
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	2	
fenofibrate nanocrystallized oral tablet 145 mg, 48 mg	2	
fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg	2	
fenofibric acid (choline) oral capsule, delayed release(dr/ec) 135 mg, 45 mg	2	
fluvastatin oral capsule 20 mg, 40 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
fluvastatin oral tablet extended release 24 hr 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
gemfibrozil oral tablet 600 mg	1	
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
niacin oral tablet extended release 24 hr 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	2	
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
PRALUENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	3	PA
pravastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
prevalite oral powder 4 gram	2	
prevalite oral powder in packet 4 gram	2	
rosuvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GRAM, 1 GRAM	4	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
高血圧治療		
acebutolol oral capsule 200 mg, 400 mg	2	
aliskiren oral tablet 150 mg, 300 mg	2	
amiloride oral tablet 5 mg	1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	1	
amlodipine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1	
amlodipine-benazepril oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	6	
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
amlodipine-valsartan-hcthiiazid oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	1	
benazepril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	6	
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	6	
betaxolol oral tablet 10 mg, 20 mg	2	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	1	
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	2	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	
candesartan oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
candesartan oral tablet 32 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 16-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
candesartan-hydrochlorothiazid oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	6	
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg	6	
cartia xt oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg	2	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	1	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	1	
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr	2	
diltiazem hcl intravenous solution 5 mg/ml	2	
diltiazem hcl oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 12 hr 120 mg, 60 mg, 90 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
diltiazem hcl oral capsule,extended release 24hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	2	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	1	
diltiazem hcl oral tablet extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
dilt-xr oral capsule,ext.rel 24h degradable 120 mg, 180 mg, 240 mg	2	
doxazosin oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	1	
EDARBI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
EDARBYCLOR ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	6	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg	6	
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	2	
felodipine oral tablet extended release 24 hr 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
fosinopril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	6	
fosinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	6	
furosemide injection solution 10 mg/ml	2	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	1	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	1	
guanfacine oral tablet 1 mg, 2 mg	4	
hydralazine injection solution 20 mg/ml	2	
hydralazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	1	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	1	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	1	
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	2	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
labetalol oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	6	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	6	
losartan oral tablet 100 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
losartan oral tablet 25 mg, 50 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
losartan-hydrochlorothiazide oral tablet 50-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
matzim la oral tablet extended release 24 hr 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
metoprolol succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	2	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5 ml	2	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	1	
metyrosine oral capsule 250 mg	5^	PA
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	2	
moexipril oral tablet 15 mg, 7.5 mg	6	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	2	
nebivolol oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
nebivolol oral tablet 20 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
nicardipine oral capsule 20 mg, 30 mg	2	
nifedipine oral tablet extended release 24hr 30 mg, 60 mg, 90 mg	2	
nifedipine oral tablet extended release 30 mg, 60 mg, 90 mg	2	
nimodipine oral capsule 30 mg	2	
olmesartan oral tablet 20 mg, 40 mg	6	QL (30 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
olmesartan oral tablet 5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
olmesartan-amlodipin-hcthiazid oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
olmesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	6	
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	2	
prazosin oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	2	
propranolol oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	2	
propranolol oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	2	
propranolol oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	2	
quinapril oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	6	
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	6	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	6	
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz oral tablet 25-25 mg	2	
taztia xt oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	2	
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
telmisartan-hydrochlorothiazid oral tablet 80-12.5 mg	6	QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
terazosin oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	1	
tiadylt er oral capsule,extended release 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	2	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	
torseamide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	1	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	6	
treprostinil sodium injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2.5 mg/ml, 5 mg/ml	5^	PA; LA
triamterene-hydrochlorothiazid oral capsule 37.5-25 mg	1	
triamterene-hydrochlorothiazid oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	1	
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	6	QL (60 EA per 30 days)
valsartan oral tablet 320 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	6	QL (30 EA per 30 days)
verapamil intravenous solution 2.5 mg/ml	2	
verapamil intravenous syringe 2.5 mg/ml	2	
verapamil oral capsule, 24 hr er pellet ct 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
verapamil oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg	2	
verapamil oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	1	
verapamil oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	1	
抗がん剤/免疫抑制剤		
抗がん剤/免疫抑制剤		
abiraterone oral tablet 250 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
abiraterone oral tablet 500 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
abirtega oral tablet 250 mg	4	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLETS,DOSE PACK 90 MG (7)-180 MG (23)	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 180 days)
anastrozole oral tablet 1 mg	1	
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG, 40 MG	5^	PA-NS; QL (240 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
azacitidine injection recon soln 100 mg	5^	B/D
azathioprine oral tablet 50 mg	2	B/D
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5^	B/D
bexarotene oral capsule 75 mg	5^	PA-NS
bexarotene topical gel 1 %	5^	PA-NS; QL (60 GM per 30 days)
bicalutamide oral tablet 50 mg	2	
BORTEZOMIB INJECTION RECON SOLN 1 MG, 2.5 MG	5^	B/D
bortezomib injection recon soln 3.5 mg	5^	B/D
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	5^	PA-NS; QL (330 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
carboplatin intravenous solution 10 mg/ml	2	B/D
cisplatin intravenous solution 1 mg/ml	2	B/D
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	5^	B/D
COMETRIQ ORAL CAPSULE 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1)	5^	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3)	5^	PA-NS; LA; QL (112 EA per 28 days)
COMETRIQ ORAL CAPSULE 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY)	5^	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days)
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	5^	PA-NS; LA; QL (63 EA per 28 days)
cyclophosphamide intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 500 mg	4	B/D
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	2	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	4	B/D
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	B/D
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	2	B/D
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	2	B/D
cytarabine injection solution 20 mg/ml	2	
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5^	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 80 mg	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
dasatinib oral tablet 20 mg, 70 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
docetaxel intravenous solution 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml)	5^	B/D
doxorubicin intravenous solution 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml	2	B/D
doxorubicin, peg-liposomal intravenous suspension 2 mg/ml	5^	B/D
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	3	
ELIGARD (3 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 22.5 MG	3	PA-NS
ELIGARD (4 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 30 MG	3	PA-NS
ELIGARD (6 MONTH) SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG	3	PA-NS
ELIGARD SUBCUTANEOUS SYRINGE 7.5 MG (1 MONTH)	3	PA-NS
ELLENCIE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100 ML, 50 MG/25 ML	4	B/D
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/ML	5^	PA-NS
ENVARUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG	3	B/D
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML	5^	B/D
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
erlotinib oral tablet 100 mg, 150 mg	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
erlotinib oral tablet 25 mg	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
etoposide intravenous solution 20 mg/ml	2	B/D
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	5^	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
everolimus (antineoplastic) oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	5 [^]	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 2 mg	5 [^]	PA-NS; QL (150 EA per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 3 mg	5 [^]	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
everolimus (antineoplastic) oral tablet for suspension 5 mg	5 [^]	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.25 mg	3	B/D
everolimus (immunosuppressive) oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	5 [^]	B/D
exemestane oral tablet 25 mg	2	
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 120 MG	5 [^]	PA-NS
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE SUBCUTANEOUS RECON SOLN 80 MG	4	PA-NS
fluorouracil intravenous solution 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml	2	
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	5 [^]	PA-NS; QL (84 EA per 28 days)
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	5 [^]	PA-NS; QL (21 EA per 28 days)
fulvestrant intramuscular syringe 250 mg/5 ml	5 [^]	B/D
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
gefitinib oral tablet 250 mg	5 [^]	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
gemcitabine intravenous recon soln 1 gram, 2 gram, 200 mg	2	B/D
gemcitabine intravenous solution 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml)	2	B/D

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
GEMCITABINE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/ML	2	B/D
gengraf oral capsule 100 mg, 25 mg	2	B/D
gengraf oral solution 100 mg/ml	2	B/D
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG	4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG, 40 MG	5^	
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	5^	PA-NS; QL (126 EA per 28 days)
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	5^	PA-NS; QL (84 EA per 28 days)
GOMEKLI ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1 MG	5^	PA-NS; QL (168 EA per 28 days)
hydroxyurea oral capsule 500 mg	2	
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
imatinib oral tablet 100 mg	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
imatinib oral tablet 400 mg	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (324 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5^	PA-NS; QL (280 ML per 28 days)
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (5 EA per 28 days)
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
irinotecan intravenous solution 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml	5^	B/D
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	3	
KADCYLA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG, 160 MG	5^	B/D
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5^	PA-NS
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG	5^	PA-NS; QL (49 EA per 30 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG	5^	PA-NS; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA CO-PACK ORAL TABLET 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG	5^	PA-NS; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5^	PA-NS; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 400 MG/DAY (200 MG X 2)	5^	PA-NS; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI ORAL TABLET 600 MG/DAY (200 MG X 3)	5^	PA-NS; QL (63 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	5^	PA-NS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
lanreotide subcutaneous syringe 120 mg/0.5 ml	5^	PA-NS
lapatinib oral tablet 250 mg	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
LENVIMA ORAL CAPSULE 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1)	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA ORAL CAPSULE 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2)	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
letrozole oral tablet 2.5 mg	1	
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	5^	
leuprolide subcutaneous kit 1 mg/0.2 ml	4	PA-NS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	5^	PA-NS; LA
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
LUPRON DEPOT INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT 3.75 MG, 7.5 MG	5^	PA-NS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	5^	
LYTGOBI ORAL TABLET 12 MG/DAY (4 MG X 3)	5^	PA-NS; QL (84 EA per 28 days)
LYTGOBI ORAL TABLET 16 MG/DAY (4 MG X 4)	5^	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
LYTGOBI ORAL TABLET 20 MG/DAY (4 MG X 5)	5^	PA-NS; QL (140 EA per 28 days)
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	5^	LA
megestrol oral suspension 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml)	4	PA
megestrol oral tablet 20 mg, 40 mg	4	
MEKINIST ORAL RECON SOLN 0.05 MG/ML	5^	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
mercaptopurine oral suspension 20 mg/ml	5^	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
mercaptopurine oral tablet 50 mg	2	
methotrexate sodium (pf) injection recon soln 1 gram	2	B/D
methotrexate sodium (pf) injection solution 25 mg/ml	2	B/D
methotrexate sodium injection solution 25 mg/ml	2	B/D
methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg	1	
MONJUVI INTRAVENOUS RECON SOLN 200 MG	5^	PA-NS; LA
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	2	B/D
mycophenolate mofetil oral suspension for reconstitution 200 mg/ml	5^	B/D
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	2	B/D
mycophenolate sodium oral tablet, delayed release (dr/ec) 180 mg, 360 mg	2	B/D
mycophenolic acid dr 180 mg tb	2	B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid
mycophenolic acid dr 360 mg tb	2	B/D; mycophenolate sodium = mycophenolic acid
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA
nilutamide oral tablet 150 mg	5^	
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	5^	PA-NS; QL (3 EA per 28 days)
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
NULOJIX INTRAVENOUS RECON SOLN 250 MG	5^	
octreotide acetate injection solution 1,000 mcg/ml, 500 mcg/ml	5^	PA
octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml	4	PA
octreotide acetate injection syringe 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml)	4	PA
octreotide acetate injection syringe 500 mcg/ml (1 ml)	5^	PA

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5^	PA-NS; QL (56 EA per 28 days)
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
OJEMDA ORAL SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 25 MG/ML	5^	PA-NS; QL (96 ML per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 400 MG/WEEK (100 MG X 4)	5^	PA-NS; QL (16 EA per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 500 MG/WEEK (100 MG X 5)	5^	PA-NS; QL (20 EA per 28 days)
OJEMDA ORAL TABLET 600 MG/WEEK (100 MG X 6)	5^	PA-NS; QL (24 EA per 28 days)
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (14 EA per 28 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 28 days)
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	5^	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
oxaliplatin intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	4	B/D
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml)	4	B/D
paclitaxel intravenous concentrate 6 mg/ml	2	B/D
paraplatin intravenous solution 10 mg/ml	2	B/D
pazopanib oral tablet 200 mg	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	5^	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
pemetrexed disodium intravenous recon soln 1,000 mg, 500 mg, 750 mg	5^	B/D
pemetrexed disodium intravenous recon soln 100 mg	4	B/D
PIQRAY ORAL TABLET 200 MG/DAY (200 MG X 1)	5^	PA-NS; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY ORAL TABLET 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2)	5^	PA-NS; QL (56 EA per 28 days)
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5^	PA-NS; LA; QL (21 EA per 28 days)
PROGRAF ORAL GRANULES IN PACKET 0.2 MG, 1 MG	4	B/D
PURIXAN ORAL SUSPENSION 20 MG/ML	5^	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG	5 [^]	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	5 [^]	PA-NS; QL (240 EA per 30 days)
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	5 [^]	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	5 [^]	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (150 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL PELLETS IN PACKET 50 MG	5 [^]	PA-NS; QL (336 EA per 28 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	5 [^]	PA-NS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	5 [^]	PA-NS; QL (224 EA per 28 days)
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	4	B/D
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	5 [^]	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	5 [^]	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	5 [^]	PA-NS; QL (300 EA per 30 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML)	5 [^]	PA; LA
sirolimus oral solution 1 mg/ml	5 [^]	B/D
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	B/D
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 20 MG/10 ML	5 [^]	
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML	5 [^]	PA-NS

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
sorafenib oral tablet 200 mg	5 [^]	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (84 EA per 28 days)
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	5 [^]	PA-NS; QL (28 EA per 28 days)
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	4	
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5 [^]	PA-NS
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	2	B/D
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL TABLET FOR SUSPENSION 10 MG	5 [^]	PA-NS; QL (840 EA per 28 days)
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION 2 MG/ML, 40 MG/ML	5 [^]	PA-NS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG	5 [^]	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
tamoxifen oral tablet 10 mg, 20 mg	2	
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	5 [^]	PA-NS; QL (112 EA per 28 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	5 [^]	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	5 [^]	PA-NS; LA
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), 840 MG/14 ML (60 MG/ML)	5 [^]	B/D; LA
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	5 [^]	PA-NS; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (28 EA per 28 days)
THALOMID ORAL CAPSULE 200 MG	5 [^]	PA-NS; LA; QL (56 EA per 28 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	5 [^]	PA-NS; LA
toremifene oral tablet 60 mg	5 [^]	
TRAZIMERA INTRAVENOUS RECON SOLN 150 MG, 420 MG	5 [^]	B/D
tretinoin (antineoplastic) oral capsule 10 mg	5 [^]	
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	5 [^]	PA-NS; QL (64 EA per 28 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
TUKYSA ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (300 EA per 30 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	5^	PA-NS; QL (56 EA per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	3	PA-NS; LA; QL (14 EA per 7 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (7 EA per 7 days)
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG-50 MG- 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (42 EA per 180 days)
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
vincristine intravenous solution 1 mg/ml, 2 mg/2 ml	2	
vinorelbine intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5 ml	2	B/D
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (300 ML per 30 days)
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; QL (30 EA per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 150 MG	5^	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
XALKORI ORAL PELLET 20 MG, 50 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	3	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	5^	PA; LA; QL (84 EA per 28 days)
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
XPOVIO ORAL TABLET 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2)	5^	PA-NS; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (10 MG X 4)	5^	PA-NS; LA
XPOVIO ORAL TABLET 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1)	5^	PA-NS; LA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK)	5^	PA-NS; LA; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO ORAL TABLET 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK)	5^	PA-NS; LA; QL (32 EA per 28 days)
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	5^	PA-NS; LA; QL (120 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	5^	PA-NS; LA; QL (240 EA per 30 days)
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 25 MG/ML	5^	B/D
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	5^	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	5^	PA-NS; LA; QL (90 EA per 30 days)
補助薬		
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	2	
mesna oral tablet 400 mg	5^	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	5^	
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML)	5^	B/D
抗感染		
エリスロマイシン/その他のマクロライド		
azithromycin intravenous recon soln 500 mg	4	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
azithromycin oral packet 1 gram	4	
azithromycin oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	2	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	1	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml	2	
clarithromycin oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	4	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
clarithromycin oral tablet extended release 24 hr 500 mg	2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	5^	QL (20 EA per 10 days)
ery-tab oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg	2	
erythrocin (as stearate) oral tablet 250 mg	2	
ERYTHROCIN INTRAVENOUS RECON SOLN 500 MG	3	
erythromycin oral capsule, delayed release (dr/ec) 250 mg	4	
erythromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	4	
erythromycin oral tablet, delayed release (dr/ec) 250 mg, 333 mg, 500 mg	2	
キノロン		
ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 200 mg/100 ml	2	
ciprofloxacin in 5 % dextrose intravenous piggyback 400 mg/200 ml	4	
ciprofloxacin oral suspension, microcapsule recon 500 mg/5 ml	4	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 250 mg/50 ml	4
levofloxacin in d5w intravenous piggyback 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml	2
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	2
levofloxacin oral solution 250 mg/10 ml	4
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1
moxifloxacin oral tablet 400 mg	2
moxifloxacin-sod.chloride(iso) intravenous piggyback 400 mg/250 ml	2
スルファ/関連薬	
sulfadiazine oral tablet 500 mg	4
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5 ml	4
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5 ml	2
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg	1
セファロスポリン	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	2
cefaclor oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	2
cefadroxil oral capsule 500 mg	1
cefadroxil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	4
cefadroxil oral suspension for reconstitution 500 mg/5 ml	2
cefazolin in dextrose (iso-os) intravenous piggyback 1 gram/50 ml	4
cefazolin injection recon soln 1 gram, 10 gram, 100 gram, 300 gram	4

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
cefazolin injection recon soln 500 mg	2
cefazolin intravenous recon soln 1 gram	4
cefdinir oral capsule 300 mg	2
cefdinir oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2
cefepime in dextrose,iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml	4
cefepime injection recon soln 1 gram, 2 gram	4
cefixime oral capsule 400 mg	2
cefixime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml	4
cefoxitin in dextrose, iso-osm intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	2
cefoxitin intravenous recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	2
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	4
cefpodoxime oral suspension for reconstitution 50 mg/5 ml	2
cefpodoxime oral tablet 100 mg, 200 mg	4
cefprozil oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml	2
cefprozil oral suspension for reconstitution 250 mg/5 ml	4
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	2
ceftazidime injection recon soln 1 gram, 6 gram	4
ceftazidime injection recon soln 2 gram	2
ceftriaxone in dextrose,iso-os intravenous piggyback 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml	4
ceftriaxone injection recon soln 1 gram, 10 gram, 2 gram	4

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
ceftriaxone injection recon soln 250 mg, 500 mg	2	
ceftriaxone intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	4	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
cefuroxime sodium injection recon soln 750 mg	2	
cefuroxime sodium intravenous recon soln 1.5 gram	2	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	1	
cephalexin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2	
tazicef injection recon soln 1 gram, 6 gram	2	
tazicef injection recon soln 2 gram	4	
tazicef intravenous recon soln 1 gram	2	
tazicef intravenous recon soln 2 gram	4	
TEFLARO INTRAVENOUS RECON SOLN 400 MG, 600 MG	5^	
その他の抗感染		
albendazole oral tablet 200 mg	5^	
amikacin injection solution 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml	4	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION FOR NEBULIZATION 590 MG/8.4 ML	5^	PA; LA
atovaquone oral suspension 750 mg/5 ml	2	
atovaquone-proguanil oral tablet 250-100 mg	4	
atovaquone-proguanil oral tablet 62.5-25 mg	2	
aztreonam injection recon soln 1 gram, 2 gram	4	
CAYSTON INHALATION SOLUTION FOR NEBULIZATION 75 MG/ML	5^	PA; LA; QL (84 ML per 56 days)
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	4	
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	1	
clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 300 mg/50 ml, 900 mg/50 ml	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
clindamycin in 5 % dextrose intravenous piggyback 600 mg/50 ml	4	
clindamycin phosphate injection solution 150 (mg/ml) (4 ml), 150 (mg/ml) (6 ml), 150 mg/ml	2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	4	
colistin (colistimethate na) injection recon soln 150 mg	5^	QL (30 EA per 10 days)
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	2	
daptomycin intravenous recon soln 500 mg	5^	
EMVERM ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5^	
ertapenem injection recon soln 1 gram	4	QL (14 EA per 14 days)
ethambutol oral tablet 100 mg, 400 mg	2	
gentamicin in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml	2	
gentamicin injection solution 40 mg/ml	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) injection solution 20 mg/2 ml	4	
hydroxychloroquine oral tablet 200 mg	1	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 250 mg	2	
imipenem-cilastatin intravenous recon soln 500 mg	4	
isoniazid oral solution 50 mg/5 ml	2	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	1	
ivermectin oral tablet 3 mg	3	PA; QL (20 EA per 30 days)
linezolid 600 mg/300 ml-0.9% nacl single-use	4	
linezolid in dextrose 5% intravenous piggyback 600 mg/300 ml	4	
linezolid oral suspension for reconstitution 100 mg/5 ml	5^	QL (1800 ML per 30 days)
linezolid oral tablet 600 mg	4	QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
LINEZOLID-0.9% SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 600 MG/300 ML	4	
mefloquine oral tablet 250 mg	2	
meropenem intravenous recon soln 1 gram	3	QL (30 EA per 10 days)
meropenem intravenous recon soln 500 mg	3	QL (10 EA per 10 days)
metro i.v. intravenous piggyback 500 mg/100 ml	2	
metronidazole in nacl (iso-os) intravenous piggyback 500 mg/100 ml	2	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	1	
neomycin oral tablet 500 mg	2	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	5^	QL (12 EA per 30 days)
pentamidine inhalation recon soln 300 mg	2	B/D; QL (1 EA per 28 days)
pentamidine injection recon soln 300 mg	2	
praziquantel oral tablet 600 mg	4	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	4	
PRIMAQUINE ORAL TABLET 26.3 MG (15 MG BASE)	4	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	2	
pyrimethamine oral tablet 25 mg	5^	PA
quinine sulfate oral capsule 324 mg	4	PA
rifabutin oral capsule 150 mg	2	
rifampin intravenous recon soln 600 mg	2	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	5^	PA; LA
STREPTOMYCIN INTRAMUSCULAR RECON SOLN 1 GRAM	5^	QL (60 EA per 30 days)
tigecycline intravenous recon soln 50 mg	5^	
tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
tobramycin in 0.225 % nacl inhalation solution for nebulization 300 mg/5 ml	5^	PA; QL (280 ML per 28 days)
tobramycin sulfate injection recon soln 1.2 gram	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	2	
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	4	
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 1 GRAM/200 ML	3	QL (4000 ML per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 500 MG/100 ML	3	QL (1000 ML per 10 days)
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL INTRAVENOUS PIGGYBACK 750 MG/150 ML	3	QL (4050 ML per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1,000 mg	4	QL (20 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1.25 gram	4	QL (16 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 1.5 gram	4	QL (14 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 10 gram, 5 gram	4	QL (2 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 500 mg	2	QL (10 EA per 10 days)
vancomycin intravenous recon soln 750 mg	4	QL (27 EA per 10 days)
vancomycin oral capsule 125 mg	4	QL (40 EA per 10 days)
vancomycin oral capsule 250 mg	4	QL (80 EA per 10 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
テトラサイクリン		
demeclocycline oral tablet 150 mg, 300 mg	4	
doxy-100 intravenous recon soln 100 mg	2	
doxycycline hyclate intravenous recon soln 100 mg	2	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	2	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	2	
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg	2	
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	2	
minocycline oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	2	
minocycline oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	4	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
tetracycline oral capsule 250 mg, 500 mg	4
ペニシリン	
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	1
amoxicillin oral suspension for reconstitution 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml	1
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	1
amoxicillin oral tablet, chewable 125 mg, 250 mg	2
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension for reconstitution 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml	2
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg	2
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet extended release 12 hr 1,000-62.5 mg	2
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet, chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	2
ampicillin oral capsule 500 mg	1
ampicillin sodium injection recon soln 1 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg	4
ampicillin sodium injection recon soln 10 gram	2
ampicillin sodium intravenous recon soln 1 gram, 2 gram	4
ampicillin-sulbactam injection recon soln 1.5 gram, 15 gram, 3 gram	2
ampicillin-sulbactam intravenous recon soln 1.5 gram, 3 gram	2
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML	4
dicloxacillin oral capsule 250 mg, 500 mg	2
nafcillin in dextrose iso-osm intravenous piggyback 2 gram/100 ml	2

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
nafcillin injection recon soln 1 gram, 2 gram	2
nafcillin injection recon soln 10 gram	5^
oxacillin injection recon soln 1 gram	2
oxacillin injection recon soln 10 gram, 2 gram	4
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS PIGGYBACK 2 MILLION UNIT/50 ML, 3 MILLION UNIT/50 ML	4
penicillin g potassium injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	4
penicillin g sodium injection recon soln 5 million unit	2
penicillin v potassium oral recon soln 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml	2
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	1
pfizerpen-g injection recon soln 20 million unit, 5 million unit	4
PIPERACILLIN-TAZOBACTAM INTRAVENOUS RECON SOLN 13.5 GRAM	4
piperacillin-tazobactam intravenous recon soln 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram	4
piperacil-tazobact 13.5 gm vl inner, muv, p/f 13.5 gram	4
抗ウイルス	
abacavir oral solution 20 mg/ml	2
abacavir oral tablet 300 mg	2
abacavir-lamivudine oral tablet 600-300 mg	2
acyclovir oral capsule 200 mg	1
acyclovir oral suspension 200 mg/5 ml, 200 mg/5 ml (5 ml)	4
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	1
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	4 B/D

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
adefovir oral tablet 10 mg	4	
amantadine hcl oral capsule 100 mg	2	
amantadine hcl oral solution 50 mg/5 ml	2	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	2	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	5^	
atazanavir oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	2	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	5^	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	5^	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	5^	
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	5^	
darunavir oral tablet 600 mg	5^	QL (60 EA per 30 days)
darunavir oral tablet 800 mg	5^	QL (30 EA per 30 days)
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	5^	
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	5^	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	5^	
efavirenz oral tablet 600 mg	2	
efavirenz-emtricitabin-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg	5^	
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	5^	
emtricitabine oral capsule 200 mg	2	
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	5^	QL (30 EA per 30 days)
emtricitabine-tenofovir (tdf) oral tablet 200-300 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	4	
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	5^	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	5^	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	2	
fosamprenavir oral tablet 700 mg	4	
FUZEON SUBCUTANEOUS RECON SOLN 90 MG	5^	
ganciclovir sodium intravenous recon soln 500 mg	2	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	5^	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	3	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	5^	
ISENTRESS ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	5^	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	5^	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 100 MG	5^	
ISENTRESS ORAL TABLET,CHEWABLE 25 MG	4	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	5^	
lamivudine oral solution 10 mg/ml	2	
lamivudine oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg	2	
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	2	
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET 90-400 MG	5^	PA; QL (28 EA per 28 days)
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	4	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	5^	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5 ml	2	
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg	2	
maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg	5^	
nevirapine oral suspension 50 mg/5 ml	2	
nevirapine oral tablet 200 mg	2	
nevirapine oral tablet extended release 24 hr 400 mg	2	
NORVIR ORAL POWDER IN PACKET 100 MG	3	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	5^	
oseltamivir oral capsule 30 mg	2	QL (168 EA per 365 days)
oseltamivir oral capsule 45 mg, 75 mg	2	QL (84 EA per 365 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
oseltamivir oral suspension for reconstitution 6 mg/ml	2	QL (1080 ML per 365 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (10)-100 MG (10), 150 MG (6)- 100 MG (5)	3	QL (20 EA per 90 days)
PAXLOVID ORAL TABLETS,DOSE PACK 300 MG (150 MG X 2)-100 MG	3	QL (30 EA per 90 days)
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	5^	
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG-MG	5^	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	5^	QL (400 ML per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	4	QL (240 EA per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	4	QL (480 EA per 30 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION BLISTER WITH DEVICE 5 MG/ACTUATION	4	QL (120 EA per 365 days)
REYATAZ ORAL POWDER IN PACKET 50 MG	5^	
ribavirin oral capsule 200 mg	2	
ribavirin oral tablet 200 mg	2	
rimantadine oral tablet 100 mg	4	
ritonavir oral tablet 100 mg	2	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HR 600 MG	5^	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	5^	
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET 400-100 MG	5^	PA; QL (28 EA per 28 days)
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	5^	
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG, 300 MG (4-TABLET PACK)	5^	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	5^	
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg	2	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	3	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	5^	
TIVICAY PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 5 MG	5^	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	5^	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET FOR SUSPENSION 60-5-30 MG	4	
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	5^	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML)	5^	LA
valacyclovir oral tablet 1 gram, 500 mg	2	
valganciclovir oral recon soln 50 mg/ml	5^	
valganciclovir oral tablet 450 mg	3	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	5^	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	5^	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM)	5^	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 250 MG	5^	
VIREAD ORAL TABLET 200 MG	3	
zidovudine oral capsule 100 mg	2	
zidovudine oral syrup 10 mg/ml	2	
zidovudine oral tablet 300 mg	2	
抗真菌剤		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	4	B/D
amphotericin b injection recon soln 50 mg	2	B/D
caspofungin intravenous recon soln 50 mg, 70 mg	4	
clotrimazole mucous membrane troche 10 mg	2	
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG, 74.5 MG	5^	PA
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 200 mg/100 ml	4	
fluconazole in nacl (iso-osm) intravenous piggyback 400 mg/200 ml	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
fluconazole oral suspension for reconstitution 10 mg/ml, 40 mg/ml	2	
fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	2	
flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg	5^	PA
griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5 ml	4	
griseofulvin microsize oral tablet 500 mg	4	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg	4	
itraconazole oral capsule 100 mg	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
ketoconazole oral tablet 200 mg	2	PA
miconazole intravenous recon soln 100 mg, 50 mg	4	
nystatin oral suspension 100,000 unit/ml	2	
nystatin oral tablet 500,000 unit	2	
posaconazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 100 mg	5^	PA; QL (96 EA per 30 days)
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	1	
voriconazole intravenous recon soln 200 mg	5^	PA
voriconazole oral suspension for reconstitution 200 mg/5 ml (40 mg/ml)	5^	PA
voriconazole oral tablet 200 mg	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
voriconazole oral tablet 50 mg	4	PA; QL (480 EA per 30 days)
泌尿器系薬剤		
methenamine hippurate oral tablet 1 gram	4	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg	4	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 50 mg	2	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst oral capsule 100 mg	4	
trimethoprim oral tablet 100 mg	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称

薬剤の階 要件/制限
層

泌尿器

その他の泌尿器

bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	4	PA; LA
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG	4	
potassium citrate oral tablet extended release 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg)	2	
sildenafil oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	NT; QL (6 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 2.5 mg	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
tadalafil oral tablet 5 mg	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
varденаfil oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	1	NT; QL (6 EA per 30 days)

抗コリン作用薬/鎮痙薬

MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 8 MG/ML	3	QL (300 ML per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 25 MG, 50 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5 ml	2	
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	2	
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 10 mg, 15 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
oxybutynin chloride oral tablet extended release 24hr 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
solifenacin oral tablet 10 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral capsule,extended release 24hr 2 mg, 4 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
tolterodine oral tablet 1 mg, 2 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
trospium oral capsule,extended release 24hr 60 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
trospium oral tablet 20 mg	2	QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
良性前立腺肥大症（BPH）治療		
alfuzosin oral tablet extended release 24 hr 10 mg	1	
dutasteride oral capsule 0.5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
dutasteride-tamsulosin oral capsule, er multiphase 24 hr 0.5-0.4 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
finasteride oral tablet 5 mg	1	
tamsulosin oral capsule 0.4 mg	1	
産婦人科/婦人科		
エストロゲン/プロゲスチン		
camila oral tablet 0.35 mg	2	
deblitane oral tablet 0.35 mg	2	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SYRINGE 104 MG/0.65 ML	3	
dotti transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4	
emzahh oral tablet 0.35 mg	2	
errin oral tablet 0.35 mg	2	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	
estradiol transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4	
estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4	
estradiol vaginal cream 0.01 % (0.1 mg/gram)	2	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	2	
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml	2	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	4	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
fyavolv oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	4
gallifrey oral tablet 5 mg	2
heather oral tablet 0.35 mg	2
incassia oral tablet 0.35 mg	2
jinteli oral tablet 1-5 mg-mcg	4
lyleq oral tablet 0.35 mg	2
lyllana transdermal patch semiweekly 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr	4
lyza oral tablet 0.35 mg	2
medroxyprogesterone intramuscular suspension 150 mg/ml	2
medroxyprogesterone intramuscular syringe 150 mg/ml	2
medroxyprogesterone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1
mimvey oral tablet 1-0.5 mg	4
nora-be oral tablet 0.35 mg	2
norethindrone (contraceptive) oral tablet 0.35 mg	2
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	2
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	4
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GRAM	3
progesterone intramuscular oil 50 mg/ml	2
progesterone micronized oral capsule 100 mg, 200 mg	2
sharobel oral tablet 0.35 mg	2
yuvaferm vaginal tablet 10 mcg	2
その他の OB/GYN	
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	4

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
eluryng vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	2
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24 hr	2
LILETTA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.4 MCG/24 HR (8 YRS) 52 MG	3
metronidazole vaginal gel 0.75 % (37.5mg/5 gram)	2
NEXPLANON SUBDERMAL IMPLANT 68 MG	3
norelgestromin-ethin.estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	2
terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %	2
terconazole vaginal suppository 80 mg	4
tranexamic acid oral tablet 650 mg	2
xulane transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	2
zafemy transdermal patch weekly 150-35 mcg/24 hr	2
経口避妊薬/関連薬剤	
altavera (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2
alyacen 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2
alyacen 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	2
apri oral tablet 0.15-0.03 mg	2
aranelle (28) oral tablet 0.5/1/0.5-35 mg-mcg	2
aubra eq oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2
aurovela fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2
aurovela fe 1-20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2
aviane oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2
azurette (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	3
blisovi fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
blisovi fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2
camrese oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	2
cryselle (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2
cyred eq oral tablet 0.15-0.03 mg	2
dasetta 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2
dasetta 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	2
daysee oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	2
desog-e.estradiol/e.estradiol oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.03 mg	2
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	2
elinest oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2
enpresse oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2
enskyce oral tablet 0.15-0.03 mg	2
estarylla oral tablet 0.25-0.035 mg	2
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg	2
falmina (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2
introvale oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2
isibloom oral tablet 0.15-0.03 mg	2
jasmiel (28) oral tablet 3-0.02 mg	2
jolessa oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2
juleber oral tablet 0.15-0.03 mg	2

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
junel fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2
junel fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2
kariva (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2
kelnor 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2
kelnor 1/50 (28) oral tablet 1-50 mg-mcg	2
kurvelo (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2
l norgest/e.estradiol-e.estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-20 mcg/ 0.15 mg-25 mcg, 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7)	2
larin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	2
larin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	2
larin 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2
larin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2
larin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2
lessina oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2
levonest (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28)	2
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2
levora-28 oral tablet 0.15-0.03 mg	2
loryna (28) oral tablet 3-0.02 mg	2
low-ogestrel (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
luter (28) oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2
marlissa (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2
microgestin 1.5/30 (21) oral tablet 1.5-30 mg-mcg	2
microgestin 1/20 (21) oral tablet 1-20 mg-mcg	2
microgestin fe 1.5/30 (28) oral tablet 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2
microgestin fe 1/20 (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2
mili oral tablet 0.25-0.035 mg	2
mono-lynyah oral tablet 0.25-0.035 mg	2
nikki (28) oral tablet 3-0.02 mg	2
norethindrone ac-eth estradiol oral tablet 1-20 mg- mcg, 1.5-30 mg-mcg	2
norethindrone-e.estradiol-iron oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7)	2
norgestimate-ethinyl estradiol oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg- 0.035mg (28), 0.25-0.035 mg	2
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	2
nortrel 1/35 (21) oral tablet 1-35 mg-mcg (21)	2
nortrel 1/35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2
nortrel 7/7/7 (28) oral tablet 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg	2
philith oral tablet 0.4-35 mg-mcg	2
pimtrea (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2
portia 28 oral tablet 0.15-0.03 mg	2
reclipsen (28) oral tablet 0.15-0.03 mg	2
setlakin oral tablets,dose pack,3 month 0.15 mg-30 mcg (91)	2
sprintec (28) oral tablet 0.25-0.035 mg	2

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
sronyx oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2
syeda oral tablet 3-0.03 mg	2
tarina 24 fe oral tablet 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4)	2
tarina fe 1-20 eq (28) oral tablet 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7)	2
tilia fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	2
tri-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	2
tri-legest fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	2
tri-linyah oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	2
tri-lo-estarylla oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2
tri-lo-marzia oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2
tri-lo-mili oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2
tri-lo-sprintec oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg	2
tri-sprintec (28) oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28)	2
trivora (28) oral tablet 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10)	2
turqoz (28) oral tablet 0.3-30 mg-mcg	2
velivet triphasic regimen (28) oral tablet 0.1/.125/.15-25 mg-mcg	2
vestura (28) oral tablet 3-0.02 mg	2
vienva oral tablet 0.1-20 mg-mcg	2
vioarele (28) oral tablet 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5	2
wera (28) oral tablet 0.5-35 mg-mcg	2
xarah fe oral tablet 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9)	2
zovia 1-35 (28) oral tablet 1-35 mg-mcg	2

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
zumandimine (28) oral tablet 3-0.03 mg	2	
皮膚科/局所療法		
その他の皮膚治療薬		
ammonium lactate topical cream 12 %	2	
ammonium lactate topical lotion 12 %	2	
dermacinrx lidocan topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/1.14 ML	5^	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/0.67 ML	5^	PA; QL (1.5 ML per 30 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/1.14 ML	5^	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
fluorouracil topical cream 5 %	2	QL (40 GM per 30 days)
fluorouracil topical solution 2 %, 5 %	2	QL (10 ML per 30 days)
glydo mucous membrane jelly in applicator 2 %	2	QL (60 ML per 30 days)
imiquimod topical cream in packet 5 %	2	QL (24 EA per 28 days)
lidocaine (pf) injection solution 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %), 40 mg/ml (4 %), 5 mg/ml (0.5 %)	2	
lidocaine hcl injection solution 10 mg/ml (1 %), 20 mg/ml (2 %), 5 mg/ml (0.5 %)	2	
lidocaine hcl laryngotracheal solution 4 %	4	QL (50 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane jelly 2 %	4	QL (60 ML per 30 days)
lidocaine hcl mucous membrane solution 2 %	2	
lidocaine hcl mucous membrane solution 4 % (40 mg/ml)	4	QL (50 ML per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
lidocaine topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocaine topical ointment 5 %	2	QL (50 GM per 30 days)
lidocaine viscous mucous membrane solution 2 %	2	
lidocaine-prilocaine topical cream 2.5-2.5 %	2	QL (30 GM per 30 days)
lidocan iii topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocan iv topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lidocan v topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
PANRETIN TOPICAL GEL 0.1 %	5^	PA-NS; QL (60 GM per 30 days)
pimecrolimus topical cream 1 %	4	QL (100 GM per 30 days)
podofilox topical solution 0.5 %	4	QL (7 ML per 28 days)
REGRANEX TOPICAL GEL 0.01 %	5^	QL (15 GM per 30 days)
SANTYL TOPICAL OINTMENT 250 UNIT/GRAM	4	QL (180 GM per 30 days)
silver sulfadiazine topical cream 1 %	2	
ssd topical cream 1 %	2	
tacrolimus topical ointment 0.03 %, 0.1 %	4	QL (100 GM per 30 days)
tridacaine ii topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
tridacaine topical adhesive patch,medicated 5 %	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
VALCHLOR TOPICAL GEL 0.016 %	5^	PA-NS; LA; QL (60 GM per 30 days)
ニキビ治療薬		
acutane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	
amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	2	
azelaic acid topical gel 15 %	4	QL (50 GM per 30 days)
claravis oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	
clindamycin phosphate topical gel 1 %	4	QL (75 GM per 30 days)
clindamycin phosphate topical gel, once daily 1 %	4	QL (75 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical lotion 1 %	4	QL (60 ML per 30 days)
clindamycin phosphate topical solution 1 %	2	QL (60 ML per 30 days)
ery pads topical swab 2 %	4	QL (60 EA per 30 days)
erythromycin with ethanol topical solution 2 %	2	QL (60 ML per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg	4	
metronidazole topical cream 0.75 %	4	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical gel 0.75 %	4	QL (45 GM per 30 days)
metronidazole topical lotion 0.75 %	4	QL (59 ML per 30 days)
myorisan oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	
tazarotene topical cream 0.1 %	3	PA; QL (60 GM per 30 days)
tazarotene topical gel 0.05 %, 0.1 %	4	PA
tretinoin topical cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %	4	PA; QL (45 GM per 30 days)
tretinoin topical gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %	4	PA; QL (45 GM per 30 days)
zenatane oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	2	
局所コルチコステロイド		
ala-cort topical cream 1 %	1	
alclometasone topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
alclometasone topical ointment 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical cream 0.05 %	2	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone dipropionate topical lotion 0.05 %	2	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone dipropionate topical ointment 0.05 %	4	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical cream 0.1 %	2	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone valerate topical lotion 0.1 %	4	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone valerate topical ointment 0.1 %	2	QL (135 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical cream 0.05 %	2	QL (150 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical gel 0.05 %	2	QL (150 GM per 30 days)
betamethasone, augmented topical lotion 0.05 %	2	QL (120 ML per 30 days)
betamethasone, augmented topical ointment 0.05 %	2	QL (150 GM per 30 days)
clobetasol scalp solution 0.05 %	2	QL (100 ML per 28 days)
clobetasol topical cream 0.05 %	2	QL (120 GM per 28 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
clobetasol topical gel 0.05 %	4	QL (60 GM per 28 days)
clobetasol topical ointment 0.05 %	2	QL (120 GM per 28 days)
clobetasol topical shampoo 0.05 %	4	QL (118 ML per 28 days)
clobetasol-emollient topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 28 days)
clodan topical shampoo 0.05 %	4	QL (118 ML per 28 days)
desonide topical cream 0.05 %	2	QL (120 GM per 30 days)
desonide topical lotion 0.05 %	4	QL (118 ML per 30 days)
desonide topical ointment 0.05 %	2	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone and shower cap scalp oil 0.01 %	2	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical cream 0.01 %, 0.025 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical oil 0.01 %	2	QL (118.28 ML per 30 days)
fluocinolone topical ointment 0.025 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinolone topical solution 0.01 %	2	QL (120 ML per 30 days)
fluocinonide topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical gel 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical ointment 0.05 %	2	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide topical solution 0.05 %	2	QL (120 ML per 30 days)
fluocinonide-e topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluocinonide-emollient topical cream 0.05 %	4	QL (120 GM per 30 days)
fluticasone propionate topical cream 0.05 %	2	
halobetasol propionate topical cream 0.05 %	2	QL (100 GM per 30 days)
halobetasol propionate topical ointment 0.05 %	4	QL (100 GM per 30 days)
hydrocortisone topical cream 1 %, 2.5 %	1	
hydrocortisone topical lotion 2 %, 2.5 %	2	
hydrocortisone topical ointment 2.5 %	2	
mometasone topical cream 0.1 %	2	
mometasone topical ointment 0.1 %	2	
mometasone topical solution 0.1 %	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
triamcinolone acetonide topical cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1	
triamcinolone acetonide topical lotion 0.025 %, 0.1 %	2	
triamcinolone acetonide topical ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1	
triderm topical cream 0.5 %	2	
局所抗真菌薬		
ciclopirox topical cream 0.77 %	2	QL (90 GM per 28 days)
ciclopirox topical gel 0.77 %	2	QL (100 GM per 28 days)
ciclopirox topical suspension 0.77 %	4	QL (60 ML per 28 days)
clotrimazole topical cream 1 %	2	QL (45 GM per 28 days)
clotrimazole topical solution 1 %	2	QL (30 ML per 28 days)
clotrimazole-betamethasone topical cream 1-0.05 %	2	QL (45 GM per 28 days)
clotrimazole-betamethasone topical lotion 1-0.05 %	4	QL (60 ML per 28 days)
ketoconazole topical cream 2 %	2	QL (60 GM per 28 days)
ketoconazole topical shampoo 2 %	1	QL (120 ML per 28 days)
klayesta topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
naftifine topical cream 1 %	4	QL (90 GM per 28 days)
naftifine topical cream 2 %	4	QL (60 GM per 28 days)
naftifine topical gel 2 %	4	QL (60 GM per 28 days)
nyamyc topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
nystatin topical cream 100,000 unit/gram	2	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical ointment 100,000 unit/gram	2	QL (30 GM per 28 days)
nystatin topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
nystop topical powder 100,000 unit/gram	2	QL (120 GM per 30 days)
局所抗菌薬		
gentamicin topical cream 0.1 %	2	QL (30 GM per 30 days)
gentamicin topical ointment 0.1 %	4	QL (30 GM per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
mupirocin topical ointment 2 %	1	QL (44 GM per 30 days)
sulfacetamide sodium (acne) topical suspension 10 %	4	
局所疥癬虫殺虫剤/シオガマギク		
malathion topical lotion 0.5 %	2	
permethrin topical cream 5 %	2	QL (60 GM per 30 days)
抗乾癬/抗脂漏		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	4	
calcipotriene scalp solution 0.005 %	4	QL (120 ML per 30 days)
calcipotriene topical ointment 0.005 %	4	QL (120 GM per 30 days)
COSENTYX (2 SYRINGES) SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX PEN (2 PENS) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5^	PA; QL (10 ML per 28 days)
COSENTYX PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5^	PA; QL (10.8 ML per 30 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; QL (10.8 ML per 30 days)
COSENTYX SUBCUTANEOUS SYRINGE 75 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (2.5 ML per 28 days)
COSENTYX UNOREADY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 300 MG/2 ML	5^	PA; QL (10 ML per 28 days)
selenium sulfide topical lotion 2.5 %	2	
SKYRIZI SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 150 MG/ML	5^	PA; QL (6 ML per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SYRINGE 150 MG/ML	5^	PA; QL (6 ML per 365 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 45 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SYRINGE 90 MG/ML	5^	PA; QL (1 ML per 28 days)
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 200 MG/2 ML	5^	PA; QL (12 ML per 180 days)
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
TREMFYA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2 ML	5^	PA; QL (2 ML per 28 days)
眼科		
B遮断薬		
betaxolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
carteolol ophthalmic (eye) drops 1 %	2	
levobunolol ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2	
timolol maleate ophthalmic (eye) drops 0.25 %, 0.5 %	1	
timolol maleate ophthalmic (eye) gel forming solution 0.25 %, 0.5 %	2	
ステロイド		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 0.1 %	4	
difluprednate ophthalmic (eye) drops 0.05 %	4	
fluorometholone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.1 %	2	
loteprednol etabonate ophthalmic (eye) drops,suspension 0.2 %	4	
prednisolone acetate ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	2	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic (eye) drops 1 %	4	
ステロイドと抗生物質の併用		
neomycin-bacitracin-poly-hc ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1%	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 %	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
neomycin-polymyxin b-dexameth ophthalmic (eye) ointment 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 %	1	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic (eye) drops,suspension 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml	2	
TOBRADEX OPHTHALMIC (EYE) OINTMENT 0.3-0.1 %	3	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic (eye) drops,suspension 0.3-0.1 %	4	
その他の眼科		
atropine ophthalmic (eye) drops 1 %	2	
azelastine ophthalmic (eye) drops 0.05 %	2	
cromolyn ophthalmic (eye) drops 4 %	1	
cyclosporine ophthalmic (eye) dropperette 0.05 %	3	QL (60 EA per 30 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.44 %	5^	PA; LA
OXERVATE OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.002 %	5^	PA
pilocarpine hcl ophthalmic (eye) drops 1 %, 2 %, 4 %	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) drops 10 %	2	
sulfacetamide sodium ophthalmic (eye) ointment 10 %	2	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic (eye) drops 10 %-0.23 % (0.25 %)	2	
XDEMVIY OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.25 %	5^	PA; QL (10 ML per 42 days)
その他の緑内障治療薬		
brinzolamide ophthalmic (eye) drops,suspension 1 %	2	
COMBIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.2-0.5 %	3	
dorzolamide ophthalmic (eye) drops 2 %	1	
dorzolamide-timolol ophthalmic (eye) drops 22.3-6.8 mg/ml	1	
latanoprost ophthalmic (eye) drops 0.005 %	1	
LUMIGAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.01 %	3	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
RHOPRESSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02 %	3
ROCKLATAN OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.02-0.005 %	3
travoprost ophthalmic (eye) drops 0.004 %	2
VYZULTA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.024 %	4
交感神経	
ALPHAGAN P OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.1 %	3
apraclonidine ophthalmic (eye) drops 0.5 %	4
brimonidine ophthalmic (eye) drops 0.15 %, 0.2 %	1
抗ウイルス	
trifluridine ophthalmic (eye) drops 1 %	2
ZIRGAN OPHTHALMIC (EYE) GEL 0.15 %	4
抗生物質	
ak-poly-bac ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	1
bacitracin ophthalmic (eye) ointment 500 unit/gram	2
bacitracin-polymyxin b ophthalmic (eye) ointment 500-10,000 unit/gram	1
ciprofloxacin hcl ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1
erythromycin ophthalmic (eye) ointment 5 mg/gram (0.5 %)	1
gatifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2
gentak ophthalmic (eye) ointment 0.3 % (3 mg/gram)	2
gentamicin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops 0.5 %	2
moxifloxacin ophthalmic (eye) drops, viscous 0.5 %	2
NATACYN OPHTHALMIC (EYE) DROPS,SUSPENSION 5 %	4

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
neomycin-bacitracin-polymyxin ophthalmic (eye) ointment 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic (eye) drops 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml	2	
ofloxacin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim ophthalmic (eye) drops 10,000 unit- 1 mg/ml	1	
tobramycin ophthalmic (eye) drops 0.3 %	1	
緑内障用経口薬		
acetazolamide oral capsule, extended release 500 mg	2	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	2	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	2	
非ステロイド系抗炎症薬		
bromfenac ophthalmic (eye) drops 0.075 %, 0.09 %	4	
diclofenac sodium ophthalmic (eye) drops 0.1 %	2	
flurbiprofen sodium ophthalmic (eye) drops 0.03 %	2	
ketorolac ophthalmic (eye) drops 0.4 %, 0.5 %	2	
PROLENSA OPHTHALMIC (EYE) DROPS 0.07 %	3	
筋骨格/リウマチ		
その他のリウマチ		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 162 MG/0.9 ML	5^	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SYRINGE 162 MG/0.9 ML	5^	PA; QL (3.6 ML per 28 days)
BENLYSTA INTRAVENOUS RECON SOLN 120 MG, 400 MG	5^	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	5^	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SYRINGE 200 MG/ML	5^	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (6 EA per 180 days)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (4 EA per 180 days)
CYLTEZO(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
CYLTEZO(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 50 MG/ML (1 ML)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5 ML	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SYRINGE 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 50 MG/ML (1 ML)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 180 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (3 EA per 180 days)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (3 EA per 180 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; Only Humira NDCs starting 00074 are covered; QL (6 EA per 28 days)
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG, 30 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
OTEZLA STARTER ORAL TABLETS,DOSE PACK 10 MG (4)- 20 MG (51), 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47)	5^	PA; QL (55 EA per 180 days)
penicillamine oral tablet 250 mg	5^	
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	5^	PA; QL (360 ML per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 15 MG, 30 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 45 MG	5^	PA; QL (84 EA per 180 days)
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG	3	QL (60 EA per 30 days)
SAVELLA ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42)	3	QL (55 EA per 180 days)
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (3 EA per 180 days)
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR, KIT 80 MG/0.8 ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 20 MG/0.2 ML	5^	PA; QL (2 EA per 28 days)
YUFLYMA(CF) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT 40 MG/0.4 ML	5^	PA; QL (4 EA per 28 days)
痛風治療		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1	
colchicine oral capsule 0.6 mg	4	QL (120 EA per 30 days)
colchicine oral tablet 0.6 mg	4	QL (120 EA per 30 days)
febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg	2	
probenecid oral tablet 500 mg	2	
probenecid-colchicine oral tablet 500-0.5 mg	2	
骨粗鬆症治療		
alendronate oral solution 70 mg/75 ml	2	QL (300 ML per 28 days)
alendronate oral tablet 10 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
alendronate oral tablet 35 mg, 70 mg	1	QL (4 EA per 28 days)
ibandronate intravenous solution 3 mg/3 ml	2	QL (3 ML per 90 days)
ibandronate intravenous syringe 3 mg/3 ml	2	QL (3 ML per 90 days)
ibandronate oral tablet 150 mg	1	QL (1 EA per 30 days)
PROLIA SUBCUTANEOUS SYRINGE 60 MG/ML	4	QL (1 ML per 180 days)
raloxifene oral tablet 60 mg	2	
risedronate oral tablet 150 mg	2	QL (1 EA per 30 days)
risedronate oral tablet 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack)	2	QL (4 EA per 28 days)
risedronate oral tablet 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
risedronate oral tablet,delayed release (dr/ec) 35 mg	2	QL (4 EA per 28 days)
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 20 MCG/DOSE (620MCG/2.48ML)	5^	PA; Only Teriparatide NDC 47781065289 is covered; QL (2.48 ML per 28 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
耳、鼻/喉の治療薬		
その他の耳の製剤		
acetic acid otic (ear) solution 2 %	2	
flac otic oil otic (ear) drops 0.01 %	2	
fluocinolone acetonide oil otic (ear) drops 0.01 %	2	
ofloxacin otic (ear) drops 0.3 %	2	
その他の薬剤		
azelastine nasal spray,non-aerosol 137 mcg (0.1 %), 205.5 mcg (0.15 %)	2	QL (60 ML per 30 days)
chlorhexidine gluconate mucous membrane mouthwash 0.12 %	1	
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 21 mcg (0.03 %)	2	QL (30 ML per 30 days)
ipratropium bromide nasal spray,non-aerosol 42 mcg (0.06 %)	2	QL (45 ML per 30 days)
kourzeq dental paste 0.1 %	3	
olopatadine nasal spray,non-aerosol 0.6 %	2	
periogard mucous membrane mouthwash 0.12 %	1	
triamcinolone acetonide dental paste 0.1 %	4	
耳のステロイド/抗生物質		
ciprofloxacin-dexamethasone otic (ear) drops,suspension 0.3-0.1 %	4	QL (7.5 ML per 7 days)
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) drops,suspension 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	2	
neomycin-polymyxin-hc otic (ear) solution 3.5- 10,000-1 mg/ml-unit/ml-%	2	
胃腸		
その他の胃腸薬		
alosetron oral tablet 0.5 mg	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
alosetron oral tablet 1 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 mg	2	B/D
aprepitant oral capsule,dose pack 125 mg (1)- 80 mg (2)	2	B/D
balsalazide oral capsule 750 mg	2	
betaine oral powder 1 gram/scoop	5^	LA
budesonide oral capsule,delayed,extend.release 3 mg	2	
budesonide oral tablet,delayed and ext.release 9 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
compro rectal suppository 25 mg	2	
constulose oral solution 10 gram/15 ml	2	
CREON ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT	3	
cromolyn oral concentrate 100 mg/5 ml	2	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	B/D; QL (60 EA per 30 days)
enulose oral solution 10 gram/15 ml	2	
GATTEX 30-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5^	PA; LA
GATTEX ONE-VIAL SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	5^	PA
gavilyte-c oral recon soln 240-22.72-6.72 -5.84 gram	1	
gavilyte-g oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	1	
generlac oral solution 10 gram/15 ml	2	
granisetron (pf) intravenous solution 1 mg/ml (1 ml)	2	
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml)	2	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	2	B/D
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60 ml	2	
hydrocortisone topical cream with perineal applicator 1 %, 2.5 %	1	
INFLECTRA INTRAVENOUS RECON SOLN 100 MG	5^	PA; QL (20 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
lactulose oral solution 10 gram/15 ml	2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	3	QL (30 EA per 30 days)
lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg	4	QL (60 EA per 30 days)
meclizine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	2	
mesalamine oral capsule (with del rel tablets) 400 mg	2	
mesalamine oral capsule,extended release 24hr 0.375 gram	2	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 1.2 gram	2	
mesalamine oral tablet,delayed release (dr/ec) 800 mg	4	
mesalamine rectal enema 4 gram/60 ml	2	
mesalamine rectal suppository 1,000 mg	2	
mesalamine with cleansing wipe rectal enema kit 4 gram/60 ml	2	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	2	
metoclopramide hcl injection syringe 5 mg/ml	2	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5 ml	2	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
nitroglycerin rectal ointment 0.4 % (w/w)	4	QL (30 GM per 30 days)
OICALIVA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ondansetron hcl (pf) injection solution 4 mg/2 ml	2	
ondansetron hcl (pf) injection syringe 4 mg/2 ml	2	
ondansetron hcl intravenous solution 2 mg/ml	2	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5 ml	2	
ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg	2	
ondansetron oral tablet,disintegrating 4 mg, 8 mg	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
peg 3350-electrolytes oral recon soln 236-22.74-6.74 -5.86 gram	1	
peg-electrolyte soln oral recon soln 420 gram	1	
PLENVU ORAL POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL 140-9-5.2 GRAM	4	
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2 ml (5 mg/ml)	2	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	2	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	2	
procto-med hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	2	
proctosol hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	2	
proctozone-hc topical cream with perineal applicator 2.5 %	2	
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 % (W/W)	4	QL (30 GM per 30 days)
scopolamine base transdermal patch 3 day 1 mg over 3 days	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 60 MG/ML	5^	PA; QL (30 ML per 180 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML)	5^	PA; QL (1.2 ML per 56 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML)	5^	PA; QL (2.4 ML per 56 days)
sodium,potassium,mag sulfates oral recon soln 17.5-3.13-1.6 gram, 17.5-3.13-1.6 gram 2 pack (480ml)	2	
SUCRAID ORAL SOLUTION 8,500 UNIT/ML	5^	PA
sulfasalazine oral tablet 500 mg	2	
sulfasalazine oral tablet,delayed release (dr/ec) 500 mg	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL RECON SOLN 17.5-3.13-1.6 GRAM	4	
ursodiol oral capsule 300 mg	3	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	4	
VOWST ORAL CAPSULE	5^	PA; LA
ZENPEP ORAL CAPSULE,DELAYED RELEASE(DR/EC) 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000- 126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT	3	
止痢薬/鎮痙薬		
dicyclomine oral capsule 10 mg	4	
dicyclomine oral solution 10 mg/5 ml	4	
dicyclomine oral tablet 20 mg	4	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5 ml	4	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	4	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	2	
loperamide oral capsule 2 mg	2	
潰瘍治療		
dexlansoprazole oral capsule,biphase delayed releas 30 mg, 60 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
esomeprazole magnesium oral capsule,delayed release(dr/ec) 20 mg, 40 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2 ml	2	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) intravenous piggyback 20 mg/50 ml	2	
famotidine intravenous solution 10 mg/ml	2	
famotidine oral suspension for reconstitution 40 mg/5 ml (8 mg/ml)	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	1	
lansoprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 15 mg, 30 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	2	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	2	
omeprazole oral capsule, delayed release(dr/ec) 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
pantoprazole intravenous recon soln 40 mg	2	
pantoprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg, 40 mg	1	QL (60 EA per 30 days)
rabeprazole oral tablet, delayed release (dr/ec) 20 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
sucralfate oral suspension 100 mg/ml	4	
sucralfate oral tablet 1 gram	2	
自律神経系/神経系薬剤、神経/精神		
その他の神経学的治療薬		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	5^	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	5^	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 12 MG	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 24 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HR 6 MG	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ORAL TABLET, EXT REL 24HR DOSE PACK 12-18-24-30 MG	5^	PA; QL (28 EA per 180 days)
dalfampridine oral tablet extended release 12 hr 10 mg	2	PA; QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg	5^	PA; QL (14 EA per 7 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 120 mg (14)- 240 mg (46)	5^	PA; QL (120 EA per 180 days)
dimethyl fumarate oral capsule,delayed release(dr/ec) 240 mg	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)
donepezil oral tablet 10 mg, 5 mg	1	
donepezil oral tablet 23 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
donepezil oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	1	
fingolimod oral capsule 0.5 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
galantamine oral capsule,ext rel. pellets 24 hr 16 mg, 24 mg, 8 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
galantamine oral solution 4 mg/ml	2	
galantamine oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 20 mg/ml	5^	PA; QL (30 ML per 30 days)
glatiramer subcutaneous syringe 40 mg/ml	5^	PA; QL (12 ML per 28 days)
glatopa subcutaneous syringe 20 mg/ml	5^	PA; QL (30 ML per 30 days)
glatopa subcutaneous syringe 40 mg/ml	5^	PA; QL (12 ML per 28 days)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) ORAL CAPSULE,DOSE PACK 40 MG (7)- 80 MG (21)	5^	PA; LA; QL (28 EA per 180 days)
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	5^	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
memantine oral capsule,sprinkle,er 24hr 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	2	PA
memantine oral solution 2 mg/ml	2	PA
memantine oral tablet 10 mg, 5 mg	2	PA
NAMZARIC ORAL CAP,SPRINKLE,ER 24HR DOSE PACK 7/14/21/28 MG-10 MG	3	
NAMZARIC ORAL CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	3	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	5^	PA; QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/ML	5^	PA; QL (20 ML per 180 days)
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	5^	PA
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ORAL SUSPENSION 105 MG/5 ML	5^	PA
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour	2	QL (30 EA per 30 days)
teriflunomide oral tablet 14 mg, 7 mg	5^	PA; QL (30 EA per 30 days)
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
tetrabenazine oral tablet 25 mg	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
抗パーキンソン症候群治療薬		
benztropine injection solution 1 mg/ml	4	
benztropine oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	4	PA
bromocriptine oral capsule 5 mg	2	
bromocriptine oral tablet 2.5 mg	2	
carbidopa oral tablet 25 mg	2	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	2	
carbidopa-levodopa oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	2	
carbidopa-levodopa oral tablet, disintegrating 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	2	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg	2	
entacapone oral tablet 200 mg	2	
INBRIJA INHALATION CAPSULE, W/INHALATION DEVICE 42 MG	5^	PA; QL (300 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR	4	
pramipexole oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	1	
pramipexole oral tablet extended release 24 hr 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg	2	
rasagiline oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	
ropinirole oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	1	
ropinirole oral tablet extended release 24 hr 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg	2	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	2	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	2	
trihexyphenidyl oral tablet 2 mg, 5 mg	3	PA
抗痙攣薬		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5 ML	5^	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5^	QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
carbamazepine oral capsule, er multiphase 12 hr 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml	2	
carbamazepine oral tablet 200 mg	2	
carbamazepine oral tablet extended release 12 hr 100 mg, 200 mg, 400 mg	2	
carbamazepine oral tablet, chewable 100 mg	2	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	4	PA-NS; QL (480 ML per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	4	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	2	QL (300 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
clonazepam oral tablet,disintegrating 2 mg	2	QL (300 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	5^	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 250 MG	5^	PA-NS; LA; QL (360 EA per 30 days)
DIACOMIT ORAL POWDER IN PACKET 500 MG	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
diazepam rectal kit 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg	4	
DILANTIN EXTENDED ORAL CAPSULE 100 MG	4	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET,CHEWABLE 50 MG	4	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	4	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION 125 MG/5 ML	4	
divalproex oral capsule, delayed rel sprinkle 125 mg	2	
divalproex oral tablet extended release 24 hr 250 mg, 500 mg	2	
divalproex oral tablet,delayed release (dr/ec) 125 mg, 250 mg, 500 mg	2	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	5^	PA-NS; LA
epitol oral tablet 200 mg	2	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	3	PA-NS
ethosuximide oral capsule 250 mg	2	
ethosuximide oral solution 250 mg/5 ml	2	
felbamate oral suspension 600 mg/5 ml	4	
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	5^	PA-NS; LA; QL (360 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	5^	QL (720 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	4	QL (60 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg	1	QL (270 EA per 30 days)
gabapentin oral capsule 300 mg	1	QL (360 EA per 30 days)
gabapentin oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml)	2	QL (2160 ML per 30 days)
gabapentin oral tablet 600 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet 800 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet extended release 24 hr 300 mg	4	PA; QL (180 EA per 30 days)
gabapentin oral tablet extended release 24 hr 600 mg	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
lacosamide intravenous solution 200 mg/20 ml	5^	QL (1200 ML per 30 days)
lacosamide oral solution 10 mg/ml	2	QL (1200 ML per 30 days)
lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
lacosamide oral tablet 50 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg	1	
lamotrigine oral tablet extended release 24hr 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg	2	
lamotrigine oral tablet, chewable dispersible 25 mg, 5 mg	2	
lamotrigine oral tablet, disintegrating 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	
levetiracetam in nacl (iso-os) intravenous piggyback 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml	2	
levetiracetam intravenous solution 500 mg/5 ml	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
levetiracetam oral solution 100 mg/ml, 500 mg/5 ml (5 ml)	2	
levetiracetam oral tablet 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	2	
levetiracetam oral tablet extended release 24 hr 500 mg, 750 mg	2	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	5^	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
methsuximide oral capsule 300 mg	4	
NAYZILAM NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	4	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5 ml (60 mg/ml)	2	
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg	2	
phenobarbital oral elixir 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	4	PA-NS
phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	2	PA-NS
phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml	4	
phenytoin oral suspension 125 mg/5 ml	2	
phenytoin oral tablet, chewable 50 mg	2	
phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg	2	
phenytoin sodium intravenous solution 50 mg/ml	2	
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 200 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
pregabalin oral solution 20 mg/ml	2	QL (900 ML per 30 days)
PRIMIDONE ORAL TABLET 125 MG	4	
primidone oral tablet 250 mg, 50 mg	1	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
roweepra oral tablet 500 mg	2	
rufinamide oral suspension 40 mg/ml	5^	PA-NS; QL (2400 ML per 30 days)
rufinamide oral tablet 200 mg	2	PA-NS; QL (480 EA per 30 days)
rufinamide oral tablet 400 mg	5^	PA-NS; QL (240 EA per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET FOR SUSPENSION 1,000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	3	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	5^	PA-NS; QL (60 EA per 30 days)
tiagabine oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg	2	
topiramate oral capsule, sprinkle 15 mg, 25 mg	2	
topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1	
valproate sodium intravenous solution 500 mg/5 ml (100 mg/ml)	2	
valproic acid (as sodium salt) oral solution 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml)	2	
valproic acid oral capsule 250 mg	2	
VALTOCO NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML)	5^	PA-NS; QL (10 EA per 30 days)
vigabatrin oral powder in packet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigabatrin oral tablet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigadrone oral powder in packet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigadrone oral tablet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
vigpoder oral powder in packet 500 mg	5^	PA-NS; LA; QL (180 EA per 30 days)
XCOPRI MAINTENANCE PACK ORAL TABLET 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1)	5^	QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14)	4	QL (28 EA per 180 days)
XCOPRI TITRATION PACK ORAL TABLETS,DOSE PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14)	5^	QL (28 EA per 180 days)
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5 ML	5^	PA-NS
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5^	PA-NS; QL (1100 ML per 30 days)
片頭痛/群発頭痛治療		
AIMOVIG AUTOINJECTOR SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	3	PA; QL (1 ML per 30 days)
dihydroergotamine injection solution 1 mg/ml	5^	
dihydroergotamine nasal spray,non-aerosol 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml)	5^	PA; QL (8 ML per 28 days)
EMGALITY PEN SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SYRINGE SUBCUTANEOUS SYRINGE 120 MG/ML	3	PA; QL (2 ML per 30 days)
ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg	2	QL (40 EA per 28 days)
naratriptan oral tablet 1 mg, 2.5 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
NURTEC ODT ORAL TABLET,DISINTEGRATING 75 MG	5^	PA; QL (16 EA per 30 days)
rizatriptan oral tablet 10 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 30 days)
rizatriptan oral tablet,disintegrating 10 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 30 days)
sumatriptan nasal spray,non-aerosol 20 mg/actuation, 5 mg/actuation	2	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous cartridge 6 mg/0.5 ml	2	QL (8 ML per 28 days)
sumatriptan succinate subcutaneous pen injector 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml	2	QL (8 ML per 28 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5 ml	2	QL (8 ML per 28 days)
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
zolmitriptan oral tablet,disintegrating 2.5 mg, 5 mg	2	QL (18 EA per 28 days)
筋肉弛緩薬/鎮痙薬		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	
cyclobenzaprine oral tablet 10 mg, 5 mg	4	PA
dantrolene oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg	2	
tizanidine oral tablet 2 mg, 4 mg	2	
精神治療薬		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 720 MG/2.4 ML	5^	QL (2.4 ML per 56 days)
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 960 MG/3.2 ML	5^	QL (3.2 ML per 56 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 300 MG, 400 MG	5^	QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 300 MG, 400 MG	5^	QL (1 EA per 28 days)
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	QL (150 EA per 30 days)
amitriptyline oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	4	
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	4	QL (900 ML per 30 days)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
aripiprazole oral tablet,disintegrating 10 mg, 15 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 675 MG/2.4 ML	5^	QL (4.8 ML per 365 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 1,064 MG/3.9 ML	5^	QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 441 MG/1.6 ML	5^	QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 662 MG/2.4 ML	5^	QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL SYRING 882 MG/3.2 ML	5^	QL (3.2 ML per 28 days)
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
asenapine maleate sublingual tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
atomoxetine oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
AUVELITY ORAL TABLET, IR AND ER, BIPHASIC 45- 105 MG	5^	ST; QL (60 EA per 30 days)
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	2	
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 150 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet extended release 24 hr 300 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
bupropion hcl oral tablet sustained-release 12 hr 100 mg, 150 mg, 200 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
buspirone oral tablet 10 mg, 15 mg, 5 mg	1	
buspirone oral tablet 30 mg, 7.5 mg	2	
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
chlorpromazine injection solution 25 mg/ml	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
chlorpromazine oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	4	
chlorpromazine oral tablet 10 mg, 50 mg	2	
chlorpromazine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg	4	
citalopram oral solution 10 mg/5 ml	2	
citalopram oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
clomipramine oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	PA-NS
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg	4	PA-NS; QL (180 EA per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg	4	PA-NS; QL (90 EA per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg	4	PA-NS; QL (360 EA per 30 days)
clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	
clozapine oral tablet,disintegrating 100 mg	4	QL (270 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 12.5 mg, 25 mg	4	
clozapine oral tablet,disintegrating 150 mg	4	QL (180 EA per 30 days)
clozapine oral tablet,disintegrating 200 mg	4	QL (120 EA per 30 days)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	5^	QL (60 EA per 30 days)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE,DOSE PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG	5^	QL (56 EA per 180 days)
desipramine oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	
desvenlafaxine succinate oral tablet extended release 24 hr 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
dexmethylphenidate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral capsule,extended release 24hr 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
dextroamphetamine-amphetamine oral tablet 20 mg	2	QL (90 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
diazepam injection solution 5 mg/ml	2	
diazepam injection syringe 5 mg/ml	2	
diazepam intensol oral concentrate 5 mg/ml	2	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	2	PA-NS; QL (240 ML per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml)	2	PA-NS; QL (1200 ML per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	PA-NS; QL (120 EA per 30 days)
doxepin oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	4	
doxepin oral concentrate 10 mg/ml	4	
doxepin oral tablet 3 mg, 6 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE, DELAYED REL SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	4	
duloxetine oral capsule, delayed release(dr/ec) 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR	5^	QL (30 EA per 30 days)
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5 ml	2	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1	
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	5^	ST; QL (60 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLETS, DOSE PACK 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2)	4	ST; QL (8 EA per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXT REL 24HR DOSE PACK 20 MG (2)- 40 MG (26)	3	QL (28 EA per 180 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE, EXTENDED RELEASE 24 HR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
fluoxetine oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	1	
fluoxetine oral solution 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	2	
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	2	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	2	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5 ml	2	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
fluvoxamine oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 1 mg, 2 mg, 4 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
guanfacine oral tablet extended release 24 hr 3 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml (1 ml), 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	2	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	2	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	2	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	2	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	2	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,092 MG/3.5 ML	5^	QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SYRINGE 1,560 MG/5 ML	5^	QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 117 MG/0.75 ML	5^	QL (0.75 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 156 MG/ML	5^	QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 234 MG/1.5 ML	5^	QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 39 MG/0.25 ML	3	QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SYRINGE 78 MG/0.5 ML	5^	QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 273 MG/0.88 ML	5^	QL (0.88 ML per 90 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 410 MG/1.32 ML	5^	QL (1.32 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 546 MG/1.75 ML	5^	QL (1.75 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SYRINGE 819 MG/2.63 ML	5^	QL (2.63 ML per 90 days)
lisdexamfetamine oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral tablet,chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
lisdexamfetamine oral tablet,chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg	1	
lithium carbonate oral tablet 300 mg	1	
lithium carbonate oral tablet extended release 300 mg, 450 mg	2	
lithium citrate oral solution 8 meq/5 ml	2	
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	2	
lorazepam injection syringe 2 mg/ml	2	
lorazepam intensol oral concentrate 2 mg/ml	2	QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	2	QL (150 ML per 30 days)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	QL (150 EA per 30 days)
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg	2	
lurasidone oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
lurasidone oral tablet 80 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	4	
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5 ml	2	QL (900 ML per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5 ml	2	QL (1800 ML per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet, chewable 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg	1	
mirtazapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 30 mg, 45 mg	2	
modafinil oral tablet 100 mg	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
modafinil oral tablet 200 mg	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
molindone oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg	2	
nefazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	2	
nortriptyline oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	
nortriptyline oral solution 10 mg/5 ml	4	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	5^	PA-NS; LA; QL (30 EA per 30 days)
olanzapine intramuscular recon soln 10 mg	2	QL (3 EA per 1 day)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet, disintegrating 10 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
olanzapine oral tablet, disintegrating 15 mg, 20 mg, 5 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	4	QL (30 EA per 30 days)
paliperidone oral tablet extended release 24hr 6 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5 ml	4	QL (900 ML per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
paroxetine hcl oral tablet 30 mg	2	QL (60 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
paroxetine hcl oral tablet extended release 24 hr 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg	4	QL (60 EA per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	2	
phenelzine oral tablet 15 mg	2	
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	2	
protriptyline oral tablet 10 mg, 5 mg	4	
quetiapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	2	
QUETIAPINE ORAL TABLET 150 MG	2	
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 150 mg, 200 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
quetiapine oral tablet extended release 24 hr 300 mg, 400 mg, 50 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	5^	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML	4	QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML	5^	QL (2 EA per 28 days)
risperidone oral solution 1 mg/ml	2	
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	1	
risperidone oral tablet,disintegrating 0.25 mg, 0.5 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 1 mg, 2 mg, 3 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
risperidone oral tablet,disintegrating 4 mg	2	QL (120 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR	5^	QL (30 EA per 30 days)
sertraline oral concentrate 20 mg/ml	2	
sertraline oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1	
SODIUM OXYBATE ORAL SOLUTION 500 MG/ML	5^	PA; LA; QL (540 ML per 30 days)
temazepam oral capsule 15 mg	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
thioridazine oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	2	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	
tranylcypromine oral tablet 10 mg	2	
trazodone oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1	
trifluoperazine oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	2	
trimipramine oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	4	
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	3	QL (30 EA per 30 days)
venlafaxine oral capsule, extended release 24hr 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	1	
venlafaxine oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	2	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	5^	PA-NS; QL (600 ML per 30 days)
vilazodone oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	5^	QL (30 EA per 30 days)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
ziprasidone mesylate intramuscular recon soln 20 mg/ml (final conc.)	2	
zolpidem oral tablet 10 mg, 5 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	5^	PA-NS; QL (28 EA per 365 days)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	5^	PA-NS; QL (14 EA per 365 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 210 MG, 300 MG	4	PA-NS; QL (2.4 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION FOR RECONSTITUTION 405 MG	4	PA-NS; QL (1.2 EA per 30 days)
非麻薬性鎮痛薬		
buprenorphine-naloxone sublingual film 12-3 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
buprenorphine-naloxone sublingual tablet 2-0.5 mg, 8-2 mg	2	QL (90 EA per 30 days)
butorphanol injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	4	
butorphanol nasal spray,non-aerosol 10 mg/ml	2	QL (10 ML per 28 days)
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	2	QL (60 EA per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	2	
diclofenac sodium oral tablet extended release 24 hr 100 mg	2	
diclofenac sodium oral tablet,delayed release (dr/ec) 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	
diclofenac sodium topical gel 1 %	2	Over the counter NDCs are not eligible for coverage under Medicare; QL (1000 GM per 30 days)
diclofenac sodium topical solution in metered-dose pump 20 mg/gram /actuation(2 %)	4	QL (224 GM per 28 days)
diclofenac-misoprostol oral tablet,ir,delayed rel,biphasic 50-200 mg-mcg, 75-200 mg-mcg	2	
diflunisal oral tablet 500 mg	2	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	2	
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	2	
etodolac oral tablet extended release 24 hr 400 mg, 500 mg, 600 mg	2	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
ibu oral tablet 600 mg, 800 mg	1	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5 ml	2	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1	
meloxicam oral tablet 15 mg	1	QL (30 EA per 30 days)
meloxicam oral tablet 7.5 mg	1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	1	
nalbuphine injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	4	
naloxone injection solution 0.4 mg/ml	2	
naloxone injection syringe 0.4 mg/ml, 1 mg/ml	2	
naloxone nasal spray,non-aerosol 4 mg/actuation	2	
naltrexone oral tablet 50 mg	2	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	1	
naproxen oral tablet,delayed release (dr/ec) 375 mg	2	QL (120 EA per 30 days)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	2	
oxaprozin oral tablet 600 mg	2	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	2	
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	2	
tramadol oral tablet 50 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED REL RECON 380 MG	5^	
麻薬性鎮痛薬		
acetaminophen-codeine oral solution 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml	2	QL (2700 ML per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg, 300-30 mg	2	QL (360 EA per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet 2 mg, 8 mg	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
endocet oral tablet 10-325 mg	2	QL (180 EA per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
endocet oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	2	QL (360 EA per 30 days)
endocet oral tablet 7.5-325 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	5^	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	4	PA; QL (120 EA per 30 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15 ml, 7.5-325 mg/15 ml	4	QL (2700 ML per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	4	QL (180 EA per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	4	QL (240 EA per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	4	QL (150 EA per 30 days)
hydromorphone oral liquid 1 mg/ml	2	QL (600 ML per 30 days)
hydromorphone oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
methadone intensol oral concentrate 10 mg/ml	2	PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone oral concentrate 10 mg/ml	2	PA; QL (90 ML per 30 days)
methadone oral solution 10 mg/5 ml, 5 mg/5 ml	2	PA; QL (450 ML per 30 days)
methadone oral tablet 10 mg, 5 mg	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
morphine (pf) intravenous patient control.analgesia soln 30 mg/30 ml (1 mg/ml)	4	
morphine concentrate oral solution 100 mg/5 ml (20 mg/ml)	2	QL (180 ML per 30 days)
morphine injection syringe 4 mg/ml	4	
morphine intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 50 mg/ml	4	
morphine intravenous syringe 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml	4	
MORPHINE INTRAVENOUS SYRINGE 8 MG/ML	4	
morphine oral solution 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml)	2	QL (900 ML per 30 days)

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新

07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
morphine oral tablet 15 mg, 30 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
morphine oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
oxycodone oral capsule 5 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone oral concentrate 20 mg/ml	2	QL (180 ML per 30 days)
oxycodone oral solution 5 mg/5 ml	2	QL (900 ML per 30 days)
oxycodone oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	2	QL (180 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	2	QL (360 EA per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	2	QL (240 EA per 30 days)
診断/その他の薬剤		
その他の薬剤		
acamprosate oral tablet, delayed release (dr/ec) 333 mg	2	
acetic acid irrigation solution 0.25 %	2	
anagrelide oral capsule 0.5 mg, 1 mg	2	
carglumic acid oral tablet, dispersible 200 mg	5^	PA; LA
cevimeline oral capsule 30 mg	2	
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	4	
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE INTRAVENOUS PARENTERAL SOLUTION 4.25 %	4	B/D
d10 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	4	
d5 % and 0.9 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride intravenous parenteral solution	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層	
deferasirox oral granules in packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	5^	PA
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	4	PA
deferasirox oral tablet 90 mg	2	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 125 mg	4	PA
deferasirox oral tablet, dispersible 250 mg, 500 mg	5^	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl intravenous parenteral solution	4	
dextrose 10 % in water (d10w) intravenous parenteral solution 10 %	2	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous parenteral solution	2	
dextrose 5 % in water (d5w) intravenous piggyback 5 %	2	
dextrose 5 %-lactated ringers intravenous parenteral solution	4	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride intravenous parenteral solution	2	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride intravenous parenteral solution	4	
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous parenteral solution	2	
dextrose 50 % in water (d50w) intravenous syringe	2	
dextrose 70 % in water (d70w) intravenous parenteral solution	4	
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	2	
droxidopa oral capsule 100 mg	5^	PA; QL (90 EA per 30 days)
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	5^	PA; QL (180 EA per 30 days)
glutamine (sickle cell) oral powder in packet 5 gram	5^	PA
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML	5^	PA; LA

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階層	要件/制限
kionex (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	2	
levocarnitine (with sugar) oral solution 100 mg/ml	2	
levocarnitine oral solution 100 mg/ml	2	
levocarnitine oral tablet 330 mg	2	
LOKELMA ORAL POWDER IN PACKET 10 GRAM, 5 GRAM	3	
midodrine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	2	
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	5^	PA
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	2	
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1,000 MG (+/-)/20 ML	5^	PA; LA
riluzole oral tablet 50 mg	2	
risedronate oral tablet 30 mg	2	QL (30 EA per 30 days)
sodium chloride 0.9 % intravenous parenteral solution	2	
sodium chloride 0.9 % intravenous piggyback	2	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	2	
sodium phenylbutyrate oral powder 0.94 gram/gram	5^	PA
sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg	5^	PA
sodium polystyrene sulfonate oral powder	2	
sps (with sorbitol) oral suspension 15-20 gram/60 ml	2	
sps (with sorbitol) rectal enema 30-40 gram/120 ml	2	
trientine oral capsule 250 mg	5^	PA
water for irrigation, sterile irrigation solution	4	
zoledronic acid-mannitol-water intravenous piggyback 5 mg/100 ml	2	

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の名称	薬剤の階 要件/制限 層
喫煙抑止薬	
bupropion hcl (smoking deter) oral tablet extended release 12 hr 150 mg	2
NICOTROL INHALATION CARTRIDGE 10 MG	4
NICOTROL NS NASAL SPRAY, NON-AEROSOL 10 MG/ML	3
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)	2
varenicline tartrate oral tablets, dose pack 0.5 mg (11)- 1 mg (42)	2

この表の記号および略語の意味については、表の冒頭で説明しています。更新
07/01/2025

薬剤の索引

<i>abacavir</i>	56	ALUNBRIG.....	35	<i>atazanavir</i>	57
<i>abacavir-lamivudine</i>	56	<i>alyacen 1/35 (28)</i>	65	<i>atenolol</i>	29
ABELCET.....	60	<i>alyacen 7/7/7 (28)</i>	65	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	29
ABILIFY ASIMTUFI.....	97	<i>alyq</i>	21	<i>atomoxetine</i>	98
ABILIFY MAINTENA.....	97	<i>amantadine hcl</i>	57	<i>atorvastatin</i>	27
<i>abiraterone</i>	34	<i>ambrisentan</i>	21	<i>atovaquone</i>	51
<i>abirtega</i>	34	<i>amikacin</i>	51	<i>atovaquone-proguanil</i>	51
ABRYSVO (PF).....	7	<i>amiloride</i>	29	<i>atropine</i>	77
<i>acamprosate</i>	109	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> ...	29	ATROVENT HFA.....	21
<i>acarbose</i>	15	<i>amiodarone</i>	26	<i>aubra eq</i>	65
<i>accutane</i>	71	<i>amitriptyline</i>	97	AUGTYRO.....	35
<i>acebutolol</i>	29	<i>amlodipine</i>	29	<i>aurovela fe 1.5/30 (28)</i>	65
<i>acetaminophen-codeine</i>	107	<i>amlodipine-atorvastatin</i>	27	<i>aurovela fe 1-20 (28)</i>	65
<i>acetazolamide</i>	79	<i>amlodipine-benazepril</i>	29	AUSTEDO.....	88
<i>acetic acid</i>	83, 109	<i>amlodipine-olmesartan</i>	29	AUSTEDO XR.....	88
<i>acetylcysteine</i>	20	<i>amlodipine-valsartan</i>	29	AUSTEDO XR TITRATION	
<i>acitretin</i>	75	<i>amlodipine-valsartan-hcthiiazid</i> ..	29	KT(WK1-4).....	88
ACTEMRA.....	79	<i>ammonium lactate</i>	70	AUVELITY.....	98
ACTEMRA ACTPEN.....	79	<i>amnesteem</i>	71	<i>aviane</i>	65
ACTHIB (PF).....	7	<i>amoxapine</i>	97	AYVAKIT.....	35
ACTIMMUNE.....	6	<i>amoxicillin</i>	55	<i>azacitidine</i>	35
<i>acyclovir</i>	56	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	55	<i>azathioprine</i>	35
<i>acyclovir sodium</i>	56	<i>amphotericin b</i>	60	<i>azelaic acid</i>	71
ADACEL(TDAP		<i>ampicillin</i>	55	<i>azelastine</i>	77, 83
ADOLESN/ADULT)(PF).....	7	<i>ampicillin sodium</i>	55	<i>azithromycin</i>	47, 48
<i>adefovir</i>	57	<i>ampicillin-sulbactam</i>	55	<i>aztreonam</i>	51
ADEMPAS.....	20	<i>anagrelide</i>	109	<i>azurette (28)</i>	65
<i>adrenalin</i>	19	<i>anastrozole</i>	35	<i>bacitracin</i>	78
ADVAIR HFA.....	20	ANORO ELLIPTA.....	21	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	78
AIMOVIG AUTOINJECTOR.....	96	<i>apraclonidine</i>	78	<i>baclofen</i>	97
AKEEGA.....	35	<i>aprepitant</i>	84	<i>balsalazide</i>	84
<i>ak-poly-bac</i>	78	<i>apri</i>	65	BALVERSA.....	35
<i>ala-cort</i>	72	APTIOM.....	91	BARACLUDE.....	57
<i>albendazole</i>	51	APTIVUS.....	57	BCG VACCINE, LIVE (PF).....	7
<i>albuterol sulfate</i>	20, 21	<i>aranelle (28)</i>	65	BELSOMRA.....	98
<i>alclometasone</i>	72	ARCALYST.....	6	<i>benazepril</i>	29
<i>alcohol pads</i>	15	AREXVY (PF).....	7	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> ..	29
ALDURAZYME.....	12	<i>arformoterol</i>	21	BENDEKA.....	35
ALECENSA.....	35	ARIKAYCE.....	51	BENLYSTA.....	79
<i>alendronate</i>	82	<i>aripiprazole</i>	97	<i>benztropine</i>	90
<i>alfuzosin</i>	63	ARISTADA.....	98	BESREMI.....	6
<i>aliskiren</i>	29	ARISTADA INITIO.....	97	<i>betaine</i>	84
<i>allopurinol</i>	82	<i>armodafinil</i>	98	<i>betamethasone dipropionate</i>	72
<i>alosetron</i>	83	ARNUITY ELLIPTA.....	21	<i>betamethasone valerate</i>	72
ALPHAGAN P.....	78	<i>asenapine maleate</i>	98	<i>betamethasone, augmented</i>	72
<i>alprazolam</i>	97	<i>aspirin-dipyridamole</i>	25	BETASERON.....	7
<i>altavera (28)</i>	65	ASSURE ID INSULIN SAFETY.....	3	<i>betaxolol</i>	29, 76

07/01/2025

<i>bethanechol chloride</i>	62	<i>candesartan-hydrochlorothiazid</i>	29, 30	CIMDUO.....	57
BEVESPI AEROSPHERE.....	21	CAPLYTA.....	98	<i>cinacalcet</i>	12
<i>bexarotene</i>	35	CAPRELSA.....	36	<i>ciprofloxacin</i>	48
BEXSERO.....	7	<i>captopril</i>	30	<i>ciprofloxacin hcl</i>	48, 78
<i>bicalutamide</i>	35	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	30	<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose</i>	48
BICILLIN L-A.....	55	<i>carbamazepine</i>	91	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	83
BIKTARVY.....	57	<i>carbidopa</i>	90	<i>cisplatin</i>	36
<i>bisoprolol fumarate</i>	29	<i>carbidopa-levodopa</i>	90	<i>citalopram</i>	99
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> ...	29	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone</i>	90	<i>claravis</i>	71
BIVIGAM.....	8	<i>carboplatin</i>	36	<i>clarithromycin</i>	48
<i>blisovi fe 1.5/30 (28)</i>	65	<i>carglumic acid</i>	109	<i>clindamycin hcl</i>	51
<i>blisovi fe 1/20 (28)</i>	66	<i>carteolol</i>	76	<i>clindamycin in 5 % dextrose</i> ..	51, 52
BOOSTRIX TDAP.....	8	<i>cartia xt</i>	30	<i>clindamycin phosphate</i> ... 52, 64, 71	
BORTEZOMIB.....	35	<i>carvedilol</i>	30	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE.....	3
<i>bortezomib</i>	35	<i>caspofungin</i>	60	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE.....	3
<i>bosentan</i>	21	CAYSTON.....	51	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE.....	109
BOSULIF.....	35	<i>cefaclor</i>	49	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE- FREE).....	3
BRAFTOVI.....	35	<i>cefadroxil</i>	49	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE- FREE).....	3
BREO ELLIPTA.....	21	<i>cefazolin</i>	49, 50	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE- FREE).....	3
<i>breyana</i>	21	<i>cefazolin in dextrose (iso-os)</i>	49	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE- FREE).....	3
BREZTRI AEROSPHERE.....	21	<i>cefdinir</i>	50	<i>clobazam</i>	91, 92
BRILINTA.....	25	<i>cefepime</i>	50	<i>clobetasol</i>	72, 73
<i>brimonidine</i>	78	<i>cefepime in dextrose,iso-osm</i>	50	<i>clobetasol-emollient</i>	73
<i>brinzolamide</i>	77	<i>cefixime</i>	50	<i>clodan</i>	73
BRIVIACT.....	91	<i>cefoxitin</i>	50	<i>clomipramine</i>	99
<i>bromfenac</i>	79	<i>cefoxitin in dextrose, iso-osm</i>	50	<i>clonazepam</i>	92
<i>bromocriptine</i>	90	<i>cefpodoxime</i>	50	<i>clonidine</i>	30
BRUKINSA.....	35	<i>cefprozil</i>	50	<i>clonidine hcl</i>	30
<i>budesonide</i>	21, 84	<i>ceftazidime</i>	50	<i>clopidogrel</i>	25
<i>bumetanide</i>	29	<i>ceftriaxone</i>	50, 51	<i>clorazepate dipotassium</i>	99
<i>buprenorphine hcl</i>	107	<i>ceftriaxone in dextrose,iso-os</i>	50	<i>clotrimazole</i>	60, 74
<i>buprenorphine-naloxone</i>	106	<i>cefuroxime axetil</i>	51	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	74
<i>bupropion hcl</i>	98	<i>cefuroxime sodium</i>	51	<i>clozapine</i>	99
<i>bupropion hcl (smoking deter)</i> ..	112	<i>celecoxib</i>	106	COARTEM.....	52
<i>buspirone</i>	98	<i>cephalexin</i>	51	COBENFY.....	99
<i>butorphanol</i>	106	<i>cetirizine</i>	19	COBENFY STARTER PACK.....	99
BYDUREON BCISE.....	15	<i>cevimeline</i>	109	<i>colchicine</i>	82
<i>cabergoline</i>	12	CHEMET.....	109	<i>colesevelam</i>	27, 28
CABOMETYX.....	35	<i>chlorhexidine gluconate</i>	83	<i>colestipol</i>	28
<i>calcipotriene</i>	75	<i>chloroquine phosphate</i>	51	<i>colistin (colistimethate na)</i>	52
<i>calcitonin (salmon)</i>	12	<i>chlorpromazine</i>	98, 99	COLUMVI.....	36
<i>calcitriol</i>	12	<i>chlorthalidone</i>	30		
CALQUENCE.....	35	<i>cholestyramine (with sugar)</i>	27		
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL).....	35	<i>cholestyramine light</i>	27		
<i>camila</i>	63	<i>ciclopirox</i>	74		
<i>camrese</i>	66	<i>cilostazol</i>	25		
<i>candesartan</i>	29				

COMBIGAN.....	77	darunavir.....	57	DIFICID.....	48
COMBIVENT RESPIMAT.....	21	dasatinib.....	36	diflunisal.....	106
COMETRIQ.....	36	dasetta 1/35 (28).....	66	difluprednate.....	76
COMPLERA.....	57	dasetta 7/7/7 (28).....	66	digoxin.....	24
compro.....	84	DAURISMO.....	36	dihydroergotamine.....	96
constulose.....	84	daysee.....	66	DILANTIN.....	92
COPIKTRA.....	36	deblitane.....	63	DILANTIN EXTENDED.....	92
CORLANOR.....	24	deferasirox.....	110	DILANTIN INFATABS.....	92
COSENTYX.....	75	DELSTRIGO.....	57	DILANTIN-125.....	92
COSENTYX (2 SYRINGES).....	75	demeclocycline.....	54	diltiazem hcl.....	30
COSENTYX PEN.....	75	DENGVAIXIA (PF).....	8	dilt-xr.....	30
COSENTYX PEN (2 PENS).....	75	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	63	dimethyl fumarate.....	89
COSENTYX UNOREADY PEN.....	75	dermacinrx lidocan.....	70	diphenhydramine hcl.....	20
COTELLIC.....	36	DESCOVY.....	57	diphenoxylate-atropine.....	87
CREON.....	84	desipramine.....	99	dipyridamole.....	25
CRESEMBA.....	60	desloratadine.....	20	disopyramide phosphate.....	26
cromolyn.....	21, 77, 84	desmopressin.....	12	disulfiram.....	110
cryselle (28).....	66	desog-e.estradiol/e.estradiol.....	66	divalproex.....	92
cyanocobalamin (vitamin b-12)....	4	desogestrel-ethinyl estradiol.....	66	docetaxel.....	37
cyclobenzaprine.....	97	desonide.....	73	dodex.....	4
cyclophosphamide.....	36	desvenlafaxine succinate.....	99	dofetilide.....	26
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	36	dexamethasone.....	13	donepezil.....	89
cyclosporine.....	36, 77	dexamethasone intensol.....	13	DOPTELET (10 TAB PACK).....	25
cyclosporine modified.....	36	dexamethasone sodium phos		DOPTELET (15 TAB PACK).....	25
CYLTEZO(CF).....	80	(pf).....	13	DOPTELET (30 TAB PACK).....	25
CYLTEZO(CF) PEN.....	80	dexamethasone sodium		dorzolamide.....	77
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-		phosphate.....	13, 76	dorzolamide-timolol.....	77
HS.....	80	dexlansoprazole.....	87	dotti.....	63
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV.	80	dexmethylphenidate.....	99	DOVATO.....	57
cyproheptadine.....	20	dextroamphetamine-		doxazosin.....	30
cyred eq.....	66	amphetamine.....	99	doxepin.....	100
CYSTAGON.....	62	dextrose 10 % and 0.2 % nacl...	110	doxercalciferol.....	12
CYSTARAN.....	77	dextrose 10 % in water (d10w).	110	doxorubicin.....	37
cytarabine.....	36	dextrose 5 % in water (d5w).....	110	doxorubicin, peg-liposomal.....	37
d10 %-0.45 % sodium chloride..	109	dextrose 5 %-lactated ringers..	110	doxy-100.....	54
d2.5 %-0.45 % sodium chloride.	109	dextrose 5%-0.2 % sod chloride	110	doxycycline hyclate.....	54
d5 % and 0.9 % sodium chloride		dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	110	doxycycline monohydrate.....	54
.....	109	dextrose 50 % in water (d50w).	110	DRIZALMA SPRINKLE.....	100
d5 %-0.45 % sodium chloride....	109	dextrose 70 % in water (d70w).	110	dronabinol.....	84
dabigatran etexilate.....	25	DIACOMIT.....	92	drospirenone-ethinyl estradiol....	66
dalfampridine.....	88	diazepam.....	92, 100	DROXIA.....	37
danazol.....	12	diazepam intensol.....	100	droxidopa.....	110
dantrolene.....	97	diazoxide.....	15	duloxetine.....	100
DANZITEN.....	36	diclofenac potassium.....	106	DUPIXENT PEN.....	70
dapsone.....	52	diclofenac sodium.....	79, 106	DUPIXENT SYRINGE.....	70
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC)		diclofenac-misoprostol.....	106	dutasteride.....	63
(PF).....	8	dicloxacillin.....	55	dutasteride-tamsulosin.....	63
daptomycin.....	52	dicyclomine.....	87	EDARBI.....	30

07/01/2025

EDARBYCLOR.....	30	<i>eplerenone</i>	31	<i>febuxostat</i>	82
EDURANT.....	57	EPRONTIA.....	92	<i>felbamate</i>	92
<i>efavirenz</i>	57	<i>ergocalciferol (vitamin d2)</i>	4	<i>felodipine</i>	31
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofov</i> ...	57	<i>ergotamine-caffeine</i>	96	<i>fenofibrate</i>	28
<i>efavirenz-lamivu-tenofov disop</i> ..	57	ERIVEDGE.....	37	<i>fenofibrate micronized</i>	28
<i>electrolyte-148</i>	3	ERLEADA.....	37	<i>fenofibrate nanocrystallized</i>	28
<i>electrolyte-48 in d5w</i>	4	<i>erlotinib</i>	37	<i>fenofibric acid (choline)</i>	28
<i>electrolyte-a</i>	4	<i>errin</i>	63	<i>fentanyl</i>	108
ELIGARD.....	37	<i>ertapenem</i>	52	<i>fentanyl citrate</i>	108
ELIGARD (3 MONTH).....	37	<i>ery pads</i>	71	FETZIMA.....	100
ELIGARD (4 MONTH).....	37	<i>ery-tab</i>	48	<i>finasteride</i>	63
ELIGARD (6 MONTH).....	37	ERYTHROCIN.....	48	<i> fingolimod</i>	89
<i>elinest</i>	66	<i>erythrocin (as stearate)</i>	48	FINTEPLA.....	93
ELIQUIS.....	25	<i>erythromycin</i>	48, 78	FIRMAGON KIT W DILUENT	
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D		<i>erythromycin with ethanol</i>	71	SYRINGE.....	38
START.....	25	<i>escitalopram oxalate</i>	100	<i>flac otic oil</i>	83
ELLENCÉ.....	37	<i>esomeprazole magnesium</i>	87	<i>flecainide</i>	26
ELMIRON.....	62	<i>estarylla</i>	66	<i>fluconazole</i>	61
ELREXFIO.....	37	<i>estradiol</i>	63	<i>fluconazole in nacl (iso-osm)</i>	60
<i>eluryng</i>	65	<i>estradiol valerate</i>	63	<i>flucytosine</i>	61
EMGALITY PEN.....	96	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	63	<i>fludrocortisone</i>	13
EMGALITY SYRINGE.....	96	<i>ethambutol</i>	52	<i>flunisolide</i>	22
EMSAM.....	100	<i>ethosuximide</i>	92	<i>fluocinolone</i>	73
<i>emtricitabine</i>	57	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	66	<i>fluocinolone acetonide oil</i>	83
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf)</i>	57	<i>etodolac</i>	106	<i>fluocinolone and shower cap</i>	73
EMTRIVA.....	57	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	65	<i>fluocinonide</i>	73
EMVERM.....	52	<i>etoposide</i>	37	<i>fluocinonide-e</i>	73
<i>emzahh</i>	63	<i>etravirine</i>	57	<i>fluocinonide-emollient</i>	73
<i>enalapril maleate</i>	31	EULEXIN.....	37	<i>fluoride (sodium)</i>	4
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	31	<i>euthyrox</i>	14	<i>fluorometholone</i>	76
ENBREL.....	80	<i>everolimus (antineoplastic)</i>	38	<i>fluorouracil</i>	38, 70
ENBREL MINI.....	80	<i>everolimus</i>		<i>fluoxetine</i>	100
ENBREL SURECLICK.....	80	<i>(immunosuppressive)</i>	38	<i>fluphenazine decanoate</i>	100
<i>endocet</i>	107, 108	EVOTAZ.....	57	<i>fluphenazine hcl</i>	100, 101
ENERGIX-B (PF).....	8	<i>exemestane</i>	38	<i>flurbiprofen</i>	106
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF).....	8	EXKIVITY.....	38	<i>flurbiprofen sodium</i>	79
<i>enoxaparin</i>	25	<i>ezetimibe</i>	28	<i>fluticasone propionate</i>	22, 73
<i>enpresse</i>	66	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	28	<i>fluticasone propion-salmeterol</i> ...	22
<i>enskyce</i>	66	FABRAZYME.....	12	<i>fluvastatin</i>	28
<i>entacapone</i>	90	<i>falmina (28)</i>	66	<i>fluvoxamine</i>	101
<i>entecavir</i>	57	<i>famciclovir</i>	58	<i>folic acid</i>	4
ENTRESTO.....	24	<i>famotidine</i>	87, 88	<i>fondaparinux</i>	25
<i>enulose</i>	84	<i>famotidine (pf)</i>	87	<i>formoterol fumarate</i>	22
ENVARSUS XR.....	37	<i>famotidine (pf)-nacl (iso-os)</i>	87	<i>fosamprenavir</i>	58
EPIDIOLEX.....	92	FANAPT.....	100	<i>fosinopril</i>	31
<i>epinephrine</i>	20	FARXIGA.....	15	<i>fosinopril-hydrochlorothiazide</i>	31
<i>epitol</i>	92	FASENRA.....	22	FOTIVDA.....	38
EPKINLY.....	37	FASENRA PEN.....	21	FRUZAQLA.....	38

<i>fulvestrant</i>	38	<i>granisetron (pf)</i>	84	<i>ibandronate</i>	82
<i>furosemide</i>	31	<i>granisetron hcl</i>	84	IBRANCE.....	39
FUZEON.....	58	<i>griseofulvin microsize</i>	61	<i>ibu</i>	107
<i>fyavolv</i>	64	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	61	<i>ibuprofen</i>	107
FYCOMPA.....	93	<i>guanfacine</i>	31, 101	<i>icatibant</i>	22
<i>gabapentin</i>	93	GVOKE.....	16	ICLUSIG.....	39
<i>galantamine</i>	89	GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	16	IDHIFA.....	39
<i>gallifrey</i>	64	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	16	<i>imatinib</i>	39
GAMASTAN.....	8	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE.....	16	IMBRUVICA.....	39
GAMMAGARD LIQUID.....	8	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE.....	16	<i>imipenem-cilastatin</i>	52
GAMMAGARD S-D (IGA < 1		HAEGARDA.....	22	<i>imipramine hcl</i>	101
MCG/ML).....	8	<i>halobetasol propionate</i>	73	<i>imiquimod</i>	70
GAMMAKED.....	8	<i>haloperidol</i>	101	IMKELDI.....	39
GAMMAPLEX.....	8	<i>haloperidol decanoate</i>	101	IMOVAX RABIES VACCINE (PF).....	9
GAMMAPLEX (WITH SORBITOL) ...	8	<i>haloperidol lactate</i>	101	INBRIJA.....	90
GAMUNEX-C.....	8	HAVRIX (PF).....	9	<i>incassia</i>	64
<i>ganciclovir sodium</i>	58	<i>heather</i>	64	INCRELEX.....	110
GARDASIL 9 (PF).....	9	<i>heparin (porcine)</i>	25	INCRUSE ELLIPTA.....	22
<i>gatifloxacin</i>	78	<i>heparin (porcine) in 5 % dex</i>	25	<i>indapamide</i>	31
GATTEX 30-VIAL.....	84	HEPARIN(PORCINE) IN 0.45%		INFANRIX (DTAP) (PF).....	9
GATTEX ONE-VIAL.....	84	NACL.....	25	INFLECTRA.....	84
GAUZE PAD.....	3	<i>heparin(porcine) in 0.45% nacl</i> ...	26	INGREZZA.....	89
<i>gavilyte-c</i>	84	HEPLISAV-B (PF).....	9	INGREZZA INITIATION	
<i>gavilyte-g</i>	84	HIBERIX (PF).....	9	PK(TARDIV).....	89
GAVRETO.....	38	HUMIRA.....	80	INLYTA.....	39
<i>gefitinib</i>	38	HUMIRA PEN.....	80	INQOVI.....	39
<i>gemcitabine</i>	38	HUMIRA PEN PSOR-UEITS-		INREBIC.....	39
GEMCITABINE.....	39	ADOL HS.....	80	INSULIN ASP PRT-INSULIN	
<i>gemfibrozil</i>	28	HUMIRA(CF).....	81	ASPART.....	16
<i>generlac</i>	84	HUMIRA(CF) PEN.....	81	INSULIN ASPART U-100.....	16
<i>gengraf</i>	39	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-		INSULIN DEGLUDEC.....	16
<i>gentak</i>	78	HS.....	80	INSULIN GLARGINE U-300 CONC	17
<i>gentamicin</i>	52, 74, 78	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-		INSULIN GLARGINE-YFGN.....	17
<i>gentamicin in nacl (iso-osm)</i>	52	ADOL HS.....	80	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-	
<i>gentamicin sulfate (ped) (pf)</i>	52	HUMULIN R U-500 (CONC)		100.....	3
GENVOYA.....	58	INSULIN.....	16	INTELENCE.....	58
GILOTTRIF.....	39	HUMULIN R U-500 (CONC)		<i>intralipid</i>	4
<i>glatiramer</i>	89	KWIKPEN.....	16	<i>introvale</i>	66
<i>glatopa</i>	89	<i>hydralazine</i>	31	INVEGA HAFYERA.....	101
GLEOSTINE.....	39	<i>hydrochlorothiazide</i>	31	INVEGA SUSTENNA.....	101
<i>glimepiride</i>	15	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> ...	108	INVEGA TRINZA.....	101, 102
<i>glipizide</i>	15	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	108	INVOKAMET.....	17
<i>glipizide-metformin</i>	15, 16	<i>hydrocortisone</i>	13, 73, 84	INVOKAMET XR.....	17
<i>glutamine (sickle cell)</i>	110	<i>hydromorphone</i>	108	INVOKANA.....	17
<i>glycopyrrolate</i>	87	<i>hydroxychloroquine</i>	52	IPOL.....	9
<i>glydo</i>	70	<i>hydroxyurea</i>	39	<i>ipratropium bromide</i>	22, 83
GLYXAMBI.....	16	<i>hydroxyzine hcl</i>	20	<i>ipratropium-albuterol</i>	22
GOMEKLI.....	39	<i>hydroxyzine pamoate</i>	20	<i>irbesartan</i>	31

<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> ..	31	<i>kionex (with sorbitol)</i>	111	<i>levocetirizine</i>	20
<i>irinotecan</i>	39	KISQALI	40	<i>levofloxacin</i>	49
ISENTRESS.....	58	KISQALI FEMARA CO-PACK.....	40	<i>levofloxacin in d5w</i>	49
ISENTRESS HD	58	<i>klayesta</i>	74	<i>levonest (28)</i>	67
<i>isibloom</i>	66	<i>klor-con</i>	5	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	67
ISOLYTE S PH 7.4	4	<i>klor-con 10</i>	4	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	67
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE.....	4	<i>klor-con 8</i>	5	<i>levora-28</i>	67
ISOLYTE-S.....	4	<i>klor-con m10</i>	5	<i>levo-t</i>	14
<i>isoniazid</i>	52	<i>klor-con m15</i>	5	<i>levothyroxine</i>	15
<i>isosorbide dinitrate</i>	27	<i>klor-con m20</i>	5	<i>levoxyl</i>	15
<i>isosorbide mononitrate</i>	27	KORLYM	12	LEXIVA	58
<i>isotretinoin</i>	72	KOSELUGO	40	LIBERVANT	94
<i>isradipine</i>	31	<i>kourzeq</i>	83	<i>lidocaine</i>	71
ITOVEBI	39, 40	KRAZATI	40	<i>lidocaine (pf)</i>	70
<i>itraconazole</i>	61	<i>kurvelo (28)</i>	67	<i>lidocaine hcl</i>	70
<i>ivabradine</i>	24	<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</i>	67	<i>lidocaine viscous</i>	71
<i>ivermectin</i>	52	<i>labetalol</i>	31	<i>lidocaine-prilocaine</i>	71
IWILFIN	40	<i>lacosamide</i>	93	<i>lidocan iii</i>	71
IXCHIQ (PF)	9	<i>lactated ringers</i>	5	<i>lidocan iv</i>	71
IXIARO (PF)	9	<i>lactulose</i>	85	<i>lidocan v</i>	71
JAKAFI	40	<i>lamivudine</i>	58	LILETTA	65
<i>jantoven</i>	26	<i>lamivudine-zidovudine</i>	58	<i>linezolid</i>	52
JANUMET	17	<i>lamotrigine</i>	93	<i>linezolid in dextrose 5%</i>	52
JANUMET XR	17	<i>lanreotide</i>	40	<i>linezolid-0.9% sodium chloride</i> ...	52
JANUVIA	17	<i>lansoprazole</i>	88	LINEZOLID-0.9% SODIUM	
JARDIANCE	17	<i>lapatinib</i>	40	CHLORIDE	53
<i>jasmiel (28)</i>	66	<i>larin 1.5/30 (21)</i>	67	LINZESS	85
JAYPIRCA	40	<i>larin 1/20 (21)</i>	67	<i>liothyronine</i>	15
JENTADUETO	17	<i>larin 24 fe</i>	67	<i>lisdexamfetamine</i>	102
JENTADUETO XR	17	<i>larin fe 1.5/30 (28)</i>	67	<i>lisinopril</i>	31
<i>jinteli</i>	64	<i>larin fe 1/20 (28)</i>	67	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	32
<i>jolessa</i>	66	<i>latanoprost</i>	77	<i>lithium carbonate</i>	102
<i>juleber</i>	66	LAZCLUZE	40	<i>lithium citrate</i>	102
JULUCA	58	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	58	LIVTENCITY	58
<i>junel fe 1.5/30 (28)</i>	67	<i>leflunomide</i>	81	LOKELMA	111
<i>junel fe 1/20 (28)</i>	67	<i>lenalidomide</i>	40	LONSURF	41
JYLAMVO	40	LENVIMA	40, 41	<i>loperamide</i>	87
JYNNEOS (PF)	9	<i>lessina</i>	67	<i>lopinavir-ritonavir</i>	58
KADCYLA	40	<i>letrozole</i>	41	<i>lorazepam</i>	102
KALYDECO	22	<i>leucovorin calcium</i>	47	<i>lorazepam intensol</i>	102
<i>kariva (28)</i>	67	LEUKERAN	41	LORBRENA	41
<i>kelnor 1/35 (28)</i>	67	<i>leuprolide</i>	41	<i>loryna (28)</i>	67
<i>kelnor 1/50 (28)</i>	67	<i>levalbuterol hcl</i>	22	<i>losartan</i>	32
KERENDIA	31	<i>levetiracetam</i>	93, 94	<i>losartan-hydrochlorothiazide</i>	32
<i>ketoconazole</i>	61, 74	<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i>	93	<i>loteprednol etabonate</i>	76
<i>ketorolac</i>	79	<i>levobunolol</i>	76	<i>lovastatin</i>	28
KEYTRUDA	40	<i>levocarnitine</i>	111	<i>low-ogestrel (28)</i>	67
KINRIX (PF)	9	<i>levocarnitine (with sugar)</i>	111	<i>loxapine succinate</i>	102

<i>lubiprostone</i>	85	<i>methsuximide</i>	94	<i>mycophenolate mofetil</i>	42
LUMAKRAS.....	41	<i>methylphenidate hcl</i>	102, 103	<i>mycophenolate sodium</i>	42
LUMIGAN.....	77	<i>methylprednisolone</i>	14	<i>myorisan</i>	72
LUMIZYME.....	12	<i>methylprednisolone acetate</i>	14	MYRBETRIQ.....	62
LUPRON DEPOT.....	41	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	14	<i>nabumetone</i>	107
<i>lurasidone</i>	102	<i>metoclopramide hcl</i>	85	<i>nadolol</i>	32
<i>luteru (28)</i>	68	<i>metolazone</i>	32	<i>nafcillin</i>	56
<i>lyleq</i>	64	<i>metoprolol succinate</i>	32	<i>nafcillin in dextrose iso-osm</i>	55
<i>lyllana</i>	64	<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz</i> ..	32	<i>naftifine</i>	74
LYNPARZA.....	41	<i>metoprolol tartrate</i>	32	NAGLAZYME.....	12
LYSODREN.....	41	<i>metro i.v.</i>	53	<i>nalbuphine</i>	107
LYTGOBI.....	41	<i>metronidazole</i>	53, 65, 72	<i>naloxone</i>	107
<i>lyza</i>	64	<i>metronidazole in nacl (iso-os)</i>	53	<i>naltrexone</i>	107
<i>magnesium sulfate</i>	5	<i>metirosine</i>	32	NAMZARIC.....	89
MAGNESIUM SULFATE IN D5W....	5	<i>mexiletine</i>	26	<i>naproxen</i>	107
<i>magnesium sulfate in water</i>	5	<i>micafungin</i>	61	<i>naproxen sodium</i>	107
<i>malathion</i>	75	<i>microgestin 1.5/30 (21)</i>	68	<i>naratriptan</i>	96
<i>maraviroc</i>	58	<i>microgestin 1/20 (21)</i>	68	NATACYN.....	78
<i>marlissa (28)</i>	68	<i>microgestin fe 1.5/30 (28)</i>	68	<i>nateglinide</i>	18
MARPLAN.....	102	<i>microgestin fe 1/20 (28)</i>	68	NAYZILAM.....	94
MATULANE.....	41	<i>midodrine</i>	111	<i>nebivolol</i>	32
<i>matzim la</i>	32	<i>mifepristone</i>	12	<i>nefazodone</i>	103
<i>meclizine</i>	85	<i>mili</i>	68	<i>neomycin</i>	53
<i>medroxyprogesterone</i>	64	<i>mimvey</i>	64	<i>neomycin-bacitracin-poly-hc</i>	76
<i>mefloquine</i>	53	<i>minocycline</i>	54	<i>neomycin-bacitracin-polymyxin</i> ..	79
<i>megestrol</i>	41	<i>minoxidil</i>	32	<i>neomycin-polymyxin b-</i>	
MEKINIST.....	41	<i>mirtazapine</i>	103	<i>dexameth</i>	76, 77
MEKTOVI.....	41	<i>misoprostol</i>	88	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> ..	79
<i>meloxicam</i>	107	M-M-R II (PF).....	9	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	77, 83
<i>memantine</i>	89	<i>modafinil</i>	103	NERLYNX.....	42
MENACTRA (PF).....	9	<i>moexipril</i>	32	NEUPRO.....	91
MENQUADFI (PF).....	9	<i>molindone</i>	103	<i>nevirapine</i>	58
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)....	9	<i>mometasone</i>	22, 73	NEXPLANON.....	65
<i>mercaptapurine</i>	41, 42	MONJUVI.....	42	<i>niacin</i>	28
<i>meropenem</i>	53	<i>mono-lynyah</i>	68	<i>nicardipine</i>	32
<i>mesalamine</i>	85	<i>montelukast</i>	22, 23	NICOTROL.....	112
<i>mesalamine with cleansing wipe</i>	85	<i>morphine</i>	108, 109	NICOTROL NS.....	112
<i>mesna</i>	47	MORPHINE.....	108	<i>nifedipine</i>	32
MESNEX.....	47	<i>morphine (pf)</i>	108	<i>nikki (28)</i>	68
<i>metformin</i>	17, 18	<i>morphine concentrate</i>	108	<i>nilutamide</i>	42
<i>methadone</i>	108	MOUNJARO.....	18	<i>nimodipine</i>	32
<i>methadone intensol</i>	108	MOVANTIK.....	85	NINLARO.....	42
<i>methazolamide</i>	79	<i>moxifloxacin</i>	49, 78	<i>nitazoxanide</i>	53
<i>methenamine hippurate</i>	61	<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso)</i>	49	<i>nitisinone</i>	111
<i>methimazole</i>	14	MRESVIA (PF).....	10	<i>nitro-bid</i>	27
<i>methotrexate sodium</i>	42	MULTAQ.....	26	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	61
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	42	<i>mupirocin</i>	75	<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst</i>	61

<i>nitroglycerin</i>	27, 85	<i>olopatadine</i>	83	<i>pemetrexed disodium</i>	43
NIVESTYM.....	7	<i>omeprazole</i>	88	PEN NEEDLE, DIABETIC.....	3
<i>nizatidine</i>	88	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO		PENBRAYA (PF).....	10
<i>nora-be</i>	64	KT(GEN5).....	3	<i>penicillamine</i>	81
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> ...65		OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN		PENICILLIN G POT IN DEXTROSE .	56
<i>norethindrone (contraceptive)</i>64		5).....	3	<i>penicillin g potassium</i>	56
<i>norethindrone acetate</i>	64	OMNIPOD DASH INTRO KIT		<i>penicillin g sodium</i>	56
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i>		(GEN 4).....	3	<i>penicillin v potassium</i>	56
.....	64, 68	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)....	3	PENTACEL (PF).....	10
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> ...68		OMNITROPE.....	7	<i>pentamidine</i>	53
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> ...68		<i>ondansetron</i>	85	<i>pentoxifylline</i>	26
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	68	<i>ondansetron hcl</i>	85	<i>perindopril erbumine</i>	33
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	68	<i>ondansetron hcl (pf)</i>	85	<i>periogard</i>	83
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	68	ONUREG.....	43	<i>permethrin</i>	75
<i>nortrel 7/7/7 (28)</i>	68	OPSUMIT.....	23	<i>perphenazine</i>	104
<i>nortriptyline</i>	103	ORGOVYX.....	43	<i>pfizerpen-g</i>	56
NORVIR.....	58	ORKAMBI.....	23	<i>phenelzine</i>	104
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN .	18	ORSERDU.....	43	<i>phenobarbital</i>	94
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100.	18	<i>oseltamivir</i>	58, 59	<i>phenobarbital sodium</i>	94
NOVOLIN N FLEXPEN.....	18	OTEZLA.....	81	<i>phenytoin</i>	94
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	18	OTEZLA STARTER.....	81	<i>phenytoin sodium</i>	94
NOVOLIN R FLEXPEN.....	18	<i>oxacillin</i>	56	<i>phenytoin sodium extended</i>	94
NOVOLIN R REGULAR U100		<i>oxaliplatin</i>	43	<i>philith</i>	68
INSULIN.....	18	<i>oxaprozin</i>	107	PIFELTRO.....	59
NUBEQA.....	42	<i>oxcarbazepine</i>	94	<i>pilocarpine hcl</i>	77, 111
NUEDEXTA.....	89	OXERVATE.....	77	<i>pimecrolimus</i>	71
NULOJIX.....	42	<i>oxybutynin chloride</i>	62	<i>pimozide</i>	104
NUPLAZID.....	103	<i>oxycodone</i>	109	<i>pimtrea (28)</i>	68
NURTEC ODT.....	96	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	109	<i>pindolol</i>	33
<i>nyamyc</i>	74	OZEMPIC.....	18	<i>pioglitazone</i>	18
<i>nystatin</i>	61, 74	<i>pacerone</i>	27	<i>pioglitazone-glimepiride</i>	18
<i>nystop</i>	74	<i>paclitaxel</i>	43	<i>pioglitazone-metformin</i>	18
NYVEPRIA.....	7	<i>paliperidone</i>	103	PIPERACILLIN-TAZOBACTAM.....	56
OCALIVA.....	85	<i>pamidronate</i>	12	<i>piperacillin-tazobactam</i>	56
OCREVUS.....	90	PANRETIN.....	71	PIQRAY.....	43
OCTAGAM.....	10	<i>pantoprazole</i>	88	<i>pirfenidone</i>	23
<i>octreotide acetate</i>	42	PANZYGA.....	10	<i>piroxicam</i>	107
ODEFSEY.....	58	<i>paraplatin</i>	43	<i>pitavastatin calcium</i>	28
ODOMZO.....	43	<i>paricalcitol</i>	12	PLASMA-LYTE A.....	4
OFEV.....	23	<i>paroxetine hcl</i>	103, 104	PLENAMINE.....	4
<i>ofloxacin</i>	79, 83	PAXLOVID.....	59	PLENVU.....	86
OGSIVEO.....	43	<i>pazopanib</i>	43	<i>podofilox</i>	71
OJEMDA.....	43	PEDIARIX (PF).....	10	<i>polymyxin b sulf-trimethoprim</i> ...79	
OJJAARA.....	43	PEDVAX HIB (PF).....	10	POMALYST.....	43
<i>olanzapine</i>	103	<i>peg 3350-electrolytes</i>	86	<i>portia 28</i>	68
<i>olmesartan</i>	32, 33	PEGASYS.....	7	<i>posaconazole</i>	61
<i>olmesartan-amlodipin-hcthiaizid</i> .33		<i>peg-electrolyte soln</i>	86	<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl</i> ..5	
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> 33		PEMAZYRE.....	43	<i>potassium chloride</i>	5, 6

07/01/2025

<i>potassium chloride in 0.9%nacl</i>	5	<i>promethazine</i>	20	<i>rimantadine</i>	59
<i>potassium chloride in 5 % dex</i>	5	<i>propafenone</i>	27	RINVOQ.....	81
<i>potassium chloride in water</i>	5	<i>propranolol</i>	33	RINVOQ LQ.....	81
<i>potassium chloride-0.45 % nacl</i>	6	<i>propylthiouracil</i>	14	<i>risedronate</i>	82, 111
<i>potassium chloride-d5-0.2%nacl</i> ...6		PROQUAD (PF)	10	RISPERDAL CONSTA	104
<i>potassium chloride-d5-0.9%nacl</i> ...6		<i>protriptyline</i>	104	<i>risperidone</i>	104
<i>potassium citrate</i>	62	PULMOZYME	23	<i>ritonavir</i>	59
PRALUENT PEN	28	PURIXAN	43	<i>rivaroxaban</i>	26
<i>pramipexole</i>	91	<i>pyrazinamide</i>	53	<i>rivastigmine</i>	90
<i>prasugrel hcl</i>	26	<i>pyridostigmine bromide</i>	97	<i>rivastigmine tartrate</i>	90
<i>pravastatin</i>	28	<i>pyrimethamine</i>	53	<i>rizatriptan</i>	96
<i>praziquantel</i>	53	QINLOCK	44	ROCKLATAN	78
<i>prazosin</i>	33	QUADRACEL (PF)	10	<i>roflumilast</i>	23
<i>prednisolone</i>	14	<i>quetiapine</i>	104	ROMVIMZA	44
<i>prednisolone acetate</i>	76	QUETIAPINE	104	<i>ropinirole</i>	91
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	14, 76	<i>quinapril</i>	33	<i>rosuvastatin</i>	28
<i>prednisone</i>	14	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	33	ROTARIX	10
<i>prednisone intensol</i>	14	<i>quinidine sulfate</i>	27	ROTATEQ VACCINE	10
<i>pregabalin</i>	94	<i>quinine sulfate</i>	53	<i>roweepra</i>	95
PREMARIN	64	RABAVERT (PF)	10	ROZLYTREK	44
<i>premasol 10 %</i>	4	<i>rabeprazole</i>	88	RUBRACA	44
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	4	RADICAVA ORS	90	<i>rufinamide</i>	95
<i>prevalite</i>	28	RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	90	RUKOBIA	59
PREVYMIS	59	RALDESY	104	RUXIENCE	44
PREZCOBIX	59	<i>raloxifene</i>	82	RYBELSUS	19
PREZISTA	59	<i>ramipril</i>	33	RYDAPT	44
PRIFTIN	53	<i>ranolazine</i>	24	<i>sajazir</i>	23
PRIMAQUINE	53	<i>rasagiline</i>	91	SANDIMMUNE	44
PRIMIDONE	94	<i>reclipsen (28)</i>	68	SANTYL	71
<i>primidone</i>	94	RECOMBIVAX HB (PF)	10	<i>sapropterin</i>	13
PRIORIX (PF)	10	RECTIV	86	SAVELLA	81
PRIVIGEN	10	REGRANEX	71	<i>saxagliptin</i>	19
<i>probenecid</i>	82	RELENZA DISKHALER	59	SCEMBLIX	44
<i>probenecid-colchicine</i>	82	<i>repaglinide</i>	18, 19	<i>scopolamine base</i>	86
<i>prochlorperazine</i>	86	RETACRIT	7	SECUADO	105
<i>prochlorperazine edisylate</i>	86	RETEVMO	44	<i>selegiline hcl</i>	91
<i>prochlorperazine maleate</i>	86	REVLIMID	44	<i>selenium sulfide</i>	75
<i>procto-med hc</i>	86	REVUFORJ	44	SELZENTRY	59
<i>proctosol hc</i>	86	REXULTI	104	SEREVENT DISKUS	23
<i>proctozone-hc</i>	86	REYATAZ	59	<i>sertraline</i>	105
<i>progesterone</i>	64	REZLIDHIA	44	<i>setlakin</i>	68
<i>progesterone micronized</i>	64	REZUROCK	44	<i>sharobel</i>	64
PROGRAF	43	RHOPRESSA	78	SHINGRIX (PF)	11
PROLASTIN-C	111	<i>ribavirin</i>	59	SIGNIFOR	44
PROLENSA	79	<i>rifabutin</i>	53	<i>sildenafil</i>	62
PROLIA	82	<i>rifampin</i>	53	<i>sildenafil (pulm.hypertension)</i>	23
PROMACTA	26	<i>riluzole</i>	111	<i>silver sulfadiazine</i>	71
				<i>simvastatin</i>	28

<i>sirolimus</i>	44	<i>syeda</i>	69	THEO-24.....	23
SIRTURO.....	53	SYMDEKO.....	23	<i>theophylline</i>	23
SKYRIZI.....	75, 86	SYMPAZAN.....	95	<i>thioridazine</i>	105
<i>sodium chloride</i>	6, 111	SYMTUZA.....	59	<i>thiothixene</i>	105
<i>sodium chloride 0.45 %</i>	6	SYNJARDY.....	19	<i>tiadylt er</i>	34
<i>sodium chloride 0.9 %</i>	111	SYNJARDY XR.....	19	<i>tiagabine</i>	95
<i>sodium chloride 3 % hypertonic</i>	6	SYNTHROID.....	15	TIBSOVO.....	45
<i>sodium chloride 5 % hypertonic</i>	6	TABLOID.....	45	TICOVAC.....	11
SODIUM OXYBATE.....	105	TABRECTA.....	45	<i>tigecycline</i>	53
<i>sodium phenylbutyrate</i>	111	<i>tacrolimus</i>	45, 71	<i>tilia fe</i>	69
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> ...	111	<i>tadalafil</i>	62	<i>timolol maleate</i>	34, 76
<i>sodium,potassium,mag sulfates</i> .	86	<i>tadalafil (pulm. hypertension)</i>	23	<i>tinidazole</i>	53
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR.....	59	TAFINLAR.....	45	TIVICAY.....	59, 60
<i>solifenacin</i>	62	TAGRISSO.....	45	TIVICAY PD.....	60
SOLQUA 100/33.....	19	TALVEY.....	45	<i>tizanidine</i>	97
SOLTAMOX.....	44	TALZENNA.....	45	TOBRADEX.....	77
SOLU-CORTEF ACT-O-VIAL (PF) ...	14	<i>tamoxifen</i>	45	<i>tobramycin</i>	79
SOMATULINE DEPOT.....	44	<i>tamsulosin</i>	63	<i>tobramycin in 0.225 % nacl</i>	53
SOMAVERT.....	13	<i>tarina 24 fe</i>	69	<i>tobramycin sulfate</i>	53, 54
<i>sorafenib</i>	45	<i>tarina fe 1-20 eq (28)</i>	69	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	77
<i>sotalol</i>	27	TASIGNA.....	45	<i>tolterodine</i>	62
<i>sotalol af</i>	27	<i>tazarotene</i>	72	<i>tolvaptan</i>	13
<i>spironolactone</i>	33	<i>tazicef</i>	51	<i>topiramate</i>	95
<i>spironolacton-hydrochlorothiaz</i> ..	33	<i>taztia xt</i>	33	<i>toremifene</i>	45
<i>sprintec (28)</i>	68	TAZVERIK.....	45	<i>torsemide</i>	34
SPRITAM.....	95	TECENTRIQ.....	45	TRADJENTA.....	19
<i>sps (with sorbitol)</i>	111	TEFLARO.....	51	<i>tramadol</i>	107
<i>sronyx</i>	69	<i>telmisartan</i>	33	<i>tramadol-acetaminophen</i>	107
<i>ssd</i>	71	<i>telmisartan-amlodipine</i>	33	<i>trandolapril</i>	34
STAMARIL (PF).....	11	<i>telmisartan-hydrochlorothiazid</i> ..	33	<i>tranexamic acid</i>	65
STELARA.....	75	<i>temazepam</i>	105	<i>tranylcypromine</i>	105
STIVARGA.....	45	TENIVAC (PF).....	11	<i>travasol 10 %</i>	4
STREPTOMYCIN.....	53	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	59	<i>travoprost</i>	78
STRIBILD.....	59	TEPMETKO.....	45	TRAZIMERA.....	45
SUCRAID.....	86	<i>terazosin</i>	34	<i>trazodone</i>	105
<i>sucrafate</i>	88	<i>terbinafine hcl</i>	61	TRECATOR.....	54
<i>sulfacetamide sodium</i>	77	<i>terbutaline</i>	23	TRELEGY ELLIPTA.....	24
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	75	<i>terconazole</i>	65	TREMFYA.....	76
<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	77	<i>teriflunomide</i>	90	TREMFYA PEN.....	75
<i>sulfadiazine</i>	49	TERIPARATIDE.....	82	TREMFYA PEN INDUCTION PK- CROHN.....	75
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .	49	<i>testosterone</i>	13	<i>treprostinil sodium</i>	34
<i>sulfasalazine</i>	86	<i>testosterone cypionate</i>	13	<i>tretinoin</i>	72
<i>sulindac</i>	107	<i>testosterone enanthate</i>	13	<i>tretinoin (antineoplastic)</i>	45
<i>sumatriptan</i>	96	TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF).....	11	<i>triamcinolone acetonide</i>	74, 83
<i>sumatriptan succinate</i>	96, 97	<i>tetrabenazine</i>	90	<i>triamterene-hydrochlorothiazid</i> .	34
<i>sunitinib malate</i>	45	<i>tetracycline</i>	55	<i>tridacaine</i>	71
SUNLENCA.....	59	THALOMID.....	45	<i>tridacaine ii</i>	71
SUPREP BOWEL PREP KIT.....	87				

07/01/2025

<i>triderm</i>	74	VAQTA (PF).....	11	XCOPRI MAINTENANCE PACK.....	95
<i>trientine</i>	111	<i>vardenafil</i>	62	XCOPRI TITRATION PACK.....	96
<i>tri-estarylla</i>	69	<i>varenicline tartrate</i>	112	XDEMZY.....	77
<i>trifluoperazine</i>	105	VARIVAX (PF).....	11	XERMELO.....	46
<i>trifluridine</i>	78	VASCEPA.....	28	XGEVA.....	47
<i>trihexyphenidyl</i>	91	<i>velivet triphasic regimen (28)</i>	69	XIFAXAN.....	54
TRIJARDY XR.....	19	VEMLIDY.....	60	XIGDUO XR.....	19
TRIKAFTA.....	24	VENCLEXTA.....	46	XOLAIR.....	24
<i>tri-legest fe</i>	69	VENCLEXTA STARTING PACK.....	46	XOSPATA.....	46
<i>tri-linyah</i>	69	<i>venlafaxine</i>	105	XPOVIO.....	47
<i>tri-lo-estarylla</i>	69	VENTOLIN HFA.....	24	XTANDI.....	47
<i>tri-lo-marzia</i>	69	<i>verapamil</i>	34	<i>xulane</i>	65
<i>tri-lo-mili</i>	69	VERQUVO.....	24	XULTOPHY 100/3.6.....	19
<i>tri-lo-sprintec</i>	69	VERSACLOZ.....	105	YF-VAX (PF).....	11
<i>trimethoprim</i>	61	VERZENIO.....	46	YUFLYMA(CF).....	82
<i>trimipramine</i>	105	<i>vestura (28)</i>	69	YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC- HS.....	81
TRINTELLIX.....	105	<i>vienna</i>	69	YUFLYMA(CF) AUTOINJECTOR....	81
<i>tri-sprintec (28)</i>	69	<i>vigabatrin</i>	95	<i>yuvaferm</i>	64
TRIUMEQ.....	60	<i>vigadrone</i>	95	<i>zafemy</i>	65
TRIUMEQ PD.....	60	<i>vigpoder</i>	95	<i>zafirlukast</i>	24
<i>trivora (28)</i>	69	<i>vilazodone</i>	105	ZEJULA.....	47
TRIZIVIR.....	60	VIMKUNYA.....	11	ZELBORAF.....	47
TROGARZO.....	60	<i>vincristine</i>	46	<i>zenatane</i>	72
TROPHAMINE 10 %.....	4	<i>vinorelbine</i>	46	ZENPEP.....	87
<i>tropium</i>	62	<i>viorele (28)</i>	69	<i>zidovudine</i>	60
TRULICITY.....	19	VIRACEPT.....	60	<i>ziprasidone hcl</i>	105
TRUMENBA.....	11	VIREAD.....	60	<i>ziprasidone mesylate</i>	105
TRUQAP.....	45	VITRAKVI.....	46	ZIRABEV.....	47
TUKYSA.....	46	VIVITROL.....	107	ZIRGAN.....	78
TURALIO.....	46	VIZIMPRO.....	46	<i>zoledronic acid</i>	13
<i>turqoz (28)</i>	69	VONJO.....	46	<i>zoledronic acid-mannitol-water</i>	111
TWINRIX (PF).....	11	VORANIGO.....	46	ZOLINZA.....	47
TYPHIM VI.....	11	<i>voriconazole</i>	61	<i>zolmitriptan</i>	97
<i>unithroid</i>	15	VOWST.....	87	<i>zolpidem</i>	105
<i>ursodiol</i>	87	VRAYLAR.....	105	ZONISADE.....	96
<i>valacyclovir</i>	60	VYNDAQEL.....	24	<i>zonisamide</i>	96
VALCHLOR.....	71	VYZULTA.....	78	<i>zovia 1-35 (28)</i>	69
<i>valganciclovir</i>	60	<i>warfarin</i>	26	ZTALMY.....	96
<i>valproate sodium</i>	95	<i>water for irrigation, sterile</i>	111	<i>zumandimine (28)</i>	70
<i>valproic acid</i>	95	WELIREG.....	46	ZURZUVAE.....	105
<i>valproic acid (as sodium salt)</i>	95	<i>wera (28)</i>	69	ZYDELIG.....	47
<i>valsartan</i>	34	XALKORI.....	46	ZYKADIA.....	47
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	34	<i>xarah fe</i>	69	ZYPREXA RELPREVV.....	105, 106
VALTOCO.....	95	XARELTO.....	26		
<i>vancomycin</i>	54	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START.....	26		
VANCOMYCIN IN 0.9 % SODIUM CHL.....	54	XATMEP.....	46		
VANFLYTA.....	46	XCOPRI.....	95		

‘Ohana Health Plan は、WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. が提供するプランです。

Health Net Life Insurance Company は、Medicare と PPO プランの契約をしています。「Wellcare by Health Net」は、Health Net Life Insurance Company が発行しています。

「Wellcare」は、WellCare Health Insurance Company of Washington, Inc. が発行しています。

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-877-374-4056 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-877-374-4056(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-877-374-4056 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوّقر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-877-374-4056 (TTY: 711). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक नि:शुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-877-374-4056 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-877-374-4056 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-877-374-4056 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-877-374-4056 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-877-374-4056（TTY：711）にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Loa‘a iā mākou nā lawelawe unuhi ‘ōlelo manuahi e pane i nā nīnau āu e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā‘au paha. No ka loa‘a ‘ana o ka unuhi ‘ōlelo e kelepona iā mākou ma 1-877-374-4056 (TTY: 711). Hiki i kekahi kanaka ‘ōlelo Hawai‘i ke kōkua iā ‘oe. He lawelawe manuahi kēia.

Ilocano: Adda iti libre a serbisyo ti panagpatarus mi tapno masungbatan ti anyaman a saludsod mo maipanggep iti plano ti salun-at wenno agas mi. Tapno makaala ti maysa nga agipatpatarus pakiawagan dakami laeng iti 1-877-374-4056 (TTY: 711). Mabalín nga makatulóng kenka ti maysa nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai matou auaunaga faamatala upu e tali atu i soo se fesili e te ono fesili ai e uiga ia matou fuafuaga tau soifua maloloina poo fualaau. Ina ia maua se tagata faamatala upu na'o le vili mai a matou i le 1-877-374-4056 (TTY: 711). E mafai ona fesoasoani atu ia te oe se tasi e tautala i le gagana Samoan. E leai se totogi o lenei auaunaga.

Ukrainian: Ми безкоштовно надаємо послуги перекладачів, щоб ви могли отримати відповіді на будь-які запитання щодо нашого плану медичного обслуговування чи забезпечення лікарськими засобами. Щоб отримати допомогу перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711). Спеціаліст, який володіє українською, допоможе вам. Ця послуга безкоштовна.

Lao: ພວກເຮົາມີບໍລິການຄົ້ນພາສາຟຣີ ເພື່ອຕອບຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍຄື້ນແປພາສາ ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາໄດ້ທີ່ເບີ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ມີຄົນທີ່ເວົ້າພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນບໍລິການຟຣີ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់ឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកមានអំពីគម្រោងឱសថបូគម្រោងសុខភាពរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711)។ មនុស្សម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរបានអាចជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។

Hmong: Peb muaj cov kev pab cuam kws txhais lus pab dawb los teb cov nqe lus nug twg uas koj yuav muaj hais txog peb lub phiaj xwm duav roos kev noj qab haus huv thiab tshuaj. Yog xav tau ib tug kws txhais lus ces tsuas hu rau peb tau ntawm 1-877-374-4056 (TTY: 711). Ib tug neeg twg uas hais tau lus Hmoob yuav pab tau koj. Qhov no yog kev pab cuam pab dawb xwb.

Thai: เรามีบริการล่ามแปลภาษาให้ฟรีเพื่อตอบคำถามใดๆ ที่คุณอาจมีเกี่ยวกับแผนด้านสุขภาพหรือยาของเรา หากต้องการล่ามแปลภาษา โปรดติดต่อเราที่หมายเลข 1-877-374-4056 (TTY: 711) คนที่พูดภาษาไทยได้สามารถช่วยคุณได้ บริการนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Contamos con los servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para solicitar un intérprete, llámenos al **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Alguien que hable español puede ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

Chinese (Mandarin): 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-844-428-2224 (TTY: 711)**。您将获得中文普通话口译员的帮助。这是一项免费服务。

Chinese (Cantonese): 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-844-428-2224 (TTY: 711)**。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

Tagalog: May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

French: Nous mettons à votre disposition des services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Un interlocuteur francophone pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-844-428-2224(TTY: 711)**번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

Russian: Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

Arabic: نوَقِّر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-844-428-2224 (TTY: 711)**. يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला/वाली कोई सहायक आपकी मदद कर सकता/सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il 1-844-428-2224 (TTY: 711). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

Portuguese: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte nos através do número 1-844-428-2224 (TTY: 711). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan 1-844-428-2224 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyol Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis ki gratis.

Polish: Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer 1-844-428-2224 (TTY: 711). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

Japanese: 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、1-844-428-2224 (TTY : 711) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য বা ড্রাগ বিষয়ক পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার সম্ভাব্য যে কোন প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমাদের কাছে বিনামূল্যে ইন্টারপ্রেটার পরিষেবা রয়েছে। একজন ইন্টারপ্রেটার পেতে, খালি আমাদের 1-844-428-2224 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা বলতে পারে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারে। এই পরিষেবাটির জন্য কোনও খরচ নেই।

Nepali: हाम्रा स्वास्थ्य वा औषधिसम्बन्धी प्लानहरूको सम्बन्धमा तपाईंसँग हुन सक्ने जुनसुकै प्रश्नको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क दोभासे सेवाहरू छन्। कुनै दोभासेको सेवा प्राप्त गर्न तपाईंले 1-844-428-2224 (TTY: 711) मा हामीलाई कल मात्र गरे पुग्छ। नेपाली भाषा बोल्ने कुनै व्यक्तिले तपाईंलाई मदत गर्नुहुने छ। यो एक निःशुल्क सेवा हो।

Swahili: Tuna huduma za mkalimani zisizolipiwa wa kujibu maswali yoyote ambayo unaweza kuwa nayo kuhusu mpango wetu wa afya au dawa. Ili kupata mkalimani, tupigie tu simu kupitia 1-844-428-2224 (TTY: 711). Mtu anayezungumza Kiswahili anaweza kukusaidia. Huduma hii ni ya bila malipo.

Tamil: எங்கள் உடல்நலம் அல்லது மருந்துத் திட்டம் பற்றி உங்களுக்கு ஏதேனும் கேள்விகள் இருந்தால் பதிலளிப்பதற்காக இலவச மொழிபெயர்ப்பாளர் சேவைகளை வழங்குகிறோம். ஒரு மொழிபெயர்ப்பாளரை அணுக, 1-844-428-2224 (TTY: 711) என்ற எண்ணில் எங்களை அழைக்கவும். தமிழ் பேசத் தெரிந்த ஒருவர் உங்களுக்கு உதவுவார். இது ஒரு இலவச சேவையாகும்.

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-877-374-4056 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-877-374-4056 (TTY: 711). These services are free.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-877-374-4056 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-877-374-4056 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-877-374-4056 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-877-374-4056 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-877-374-4056（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-877-374-4056（TTY：711）。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-877-374-4056 (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-877-374-4056 (TTY：711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-877-374-4056 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-877-374-4056 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-877-374-4056 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-877-374-4056 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-877-374-4056 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は1-877-374-4056（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-877-374-4056（TTY：711）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-877-374-4056(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-877-374-4056(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-877-374-4056 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-877-374-4056 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnavg mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-877-374-4056 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-374-4056 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-877-374-4056 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-877-374-4056 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-877-374-4056 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-877-374-4056 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-877-374-4056 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-877-374-4056 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-877-374-4056 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-877-374-4056 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-877-374-4056 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-877-374-4056 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-877-374-4056 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

SATTENTION: If you need help in your language, call 1-844-428-2224 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-844-428-2224 (TTY: 711). These services are free.

انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على 1-844-428-2224 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Չանգահարեք 1-844-428-2224 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-844-428-2224（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-844-428-2224（TTY：711）。这些服务均免费提供。

注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 1-844-428-2224 (TTY：711)。我們也為殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 1-844-428-2224 (TTY：711)。這些服務均為免費。

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-844-428-2224 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-844-428-2224 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-844-428-2224 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-844-428-2224 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-844-428-2224 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

注意：言語のヘルプが必要な場合は 1-844-428-2224（TTY：711）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。1-844-428-2224（TTY：711）にお電話ください。これらのサービスは無料です。

주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-844-428-2224(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສໍາລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-844-428-2224 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnavg mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-844-428-2224 (TTY: 711). Naiv deix bong taengx meih se mv siou zinh.

ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្នាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-844-428-2224 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

توجه: اگر به زبان خودتان نیاز به کمک دارید با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. پشتیبانی و خدمات برای افراد دارای معلولیت، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت، نیز موجود است. با شماره 1-844-428-2224 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру 1-844-428-2224 (TTY: 711). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру 1-844-428-2224 (TTY: 711). Эти услуги предоставляются бесплатно.

ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al 1-844-428-2224 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

ATENSYON: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-844-428-2224 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ โปรดโทร 1-844-428-2224 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังมีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ โปรดโทร 1-844-428-2224 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย

УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером 1-844-428-2224 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và bản in cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Gọi số 1-844-428-2224 (TTY: 711). Các dịch vụ này miễn phí.

Arkansas

Wellcare Giveback Dividend (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellAR

Arizona

Wellcare Simple Open (PPO)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Giveback (HMO),

Wellcare Simple (HMO),

Wellcare Simple Value (HMO)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellAZ

California

Wellcare Giveback (HMO),

Wellcare Simple (HMO)

1-866-999-3945 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Premium Ultra (HMO),

Wellcare Simple Focus (HMO),

Wellcare Simple Ruby (HMO),

Wellcare Simple Focus (HMO)

1-800-275-4737 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetCA

Connecticut

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Florida

HMO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Georgia

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Hawaii

HMO

1-877-457-7621 (TTY: 711)

wellcare.com/ohana

Illinois

Wellcare Giveback Open (PPO),

Wellcare Simple (HMO-POS)

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Wellcare Simple Exclusive (HMO)

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Kansas

Wellcare Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellKS

Wellcare Complete - Giveback (HMO-POS)

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcarecomplete.com

Kentucky

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Louisiana

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

New York

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Maine

HMO-POS, PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Ohio

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellOH

Michigan

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Oregon

PPO

1-844-582-5177 (TTY: 711)

wellcare.com/healthnetOR

Mississippi

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

South Carolina

HMO-POS, PPO

1-866-892-8340 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Missouri

PPO

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellMO

Tennessee

HMO-POS

1-833-444-9088 (TTY: 711)

wellcare.com/medicare

Nevada

HMO-POS

1-800-977-7522 (TTY: 711)

wellcare.com/allwellNV

Texas

Wellcare Giveback (HMO) H0174017000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174018000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174019000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174020000,
Wellcare Giveback (HMO) H0174021000,
Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open
(PPO) H7323011000,
Wellcare Mutual of Omaha Simple Secure Open
(PPO) H7323012000,
Wellcare Simple (HMO) H0174002000,
Wellcare Simple (HMO) H0174010000,
Wellcare Simple (HMO) H0174014000
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Giveback (HMO) H5294019000
1-800-977-7522 (TTY: 711)
wellcare.com/allwellTX

Washington

Wellcare Mutual of Omaha Premium Enhanced
Open (PPO),
Wellcare Mutual of Omaha Simple Open (PPO)
1-833-444-9088 (TTY: 711)
wellcare.com/medicare
Wellcare Giveback Open (PPO)
1-844-582-5177 (TTY: 711)
wellcare.com/healthnetOR



この処方集は 07/01/2025 に更新されました。

最新情報やその他のご質問については、本処方集の表紙と裏表紙の内側に記載されているプランの電話番号から、またはウェブサイトから Wellcare 会員サービスにお問い合わせください。10 月 1 日から 3 月 31 日までは、週 7 日、午前 8 時から午後 8 時まで、4 月 1 日から 9 月 30 日までは、月曜日から金曜日の午前 8 時から午後 8 時まで担当者が対応いたします。

07/01/2025

MedicareRx
Prescription Drug Coverage X